

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

426

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

KASIMIR VICTOR

Né à Waskoutzy (Russie), le 11 Novembre 1862

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

MYÉLITES SYPHILITQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
MARFAN et MENÉTRIÉR, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MEDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

426

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

KASIMIR VICTOR

Né à Waskoutzy (Russie), le 11 ~~Novembre~~ 1862

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYÉLITES SYPHILITQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
MARFAN et MENÉTRIER, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ N....
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

DE BRUXELLES

ET

DE PARIS

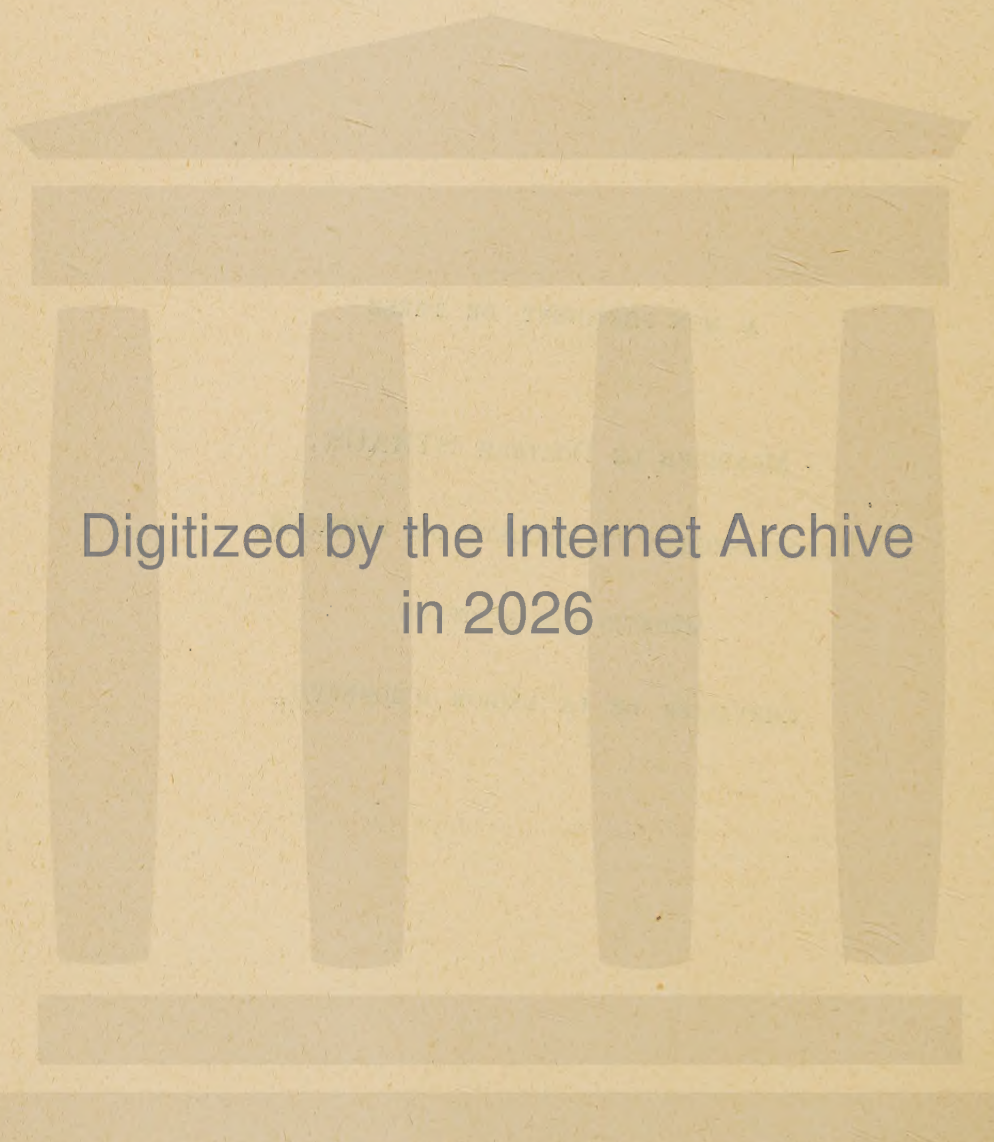
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR STRAUS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0044

INTRODUCTION

Les myélites syphilitiques constituent un sujet sur lequel il a été beaucoup écrit, et, cependant, il reste toujours quelque chose à butiner. Notre étude n'a aucune prétention et ne vise nullement à établir quelque donnée nouvelle, ou à renverser ce que des maîtres éminents ont établi après de longues recherches. Notre expérience clinique est bien trop restreinte pour nous permettre quelque pointe hardie dans les idées classiques.

Un cas type de myélite syphilitique que nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Germain Sée, et que nous rapportons, a été la cause du choix de notre thèse.

Imbu de cette idée que la syphilitis médullaire n'était jamais, ou à peu près, influencée par le traitement, nous fûmes fort étonné de voir l'amélioration se produire avec une rapidité peu commune.

Cette évolution, qui nous paraissait anormale, nous a porté à consulter les différents travaux parus sur ce sujet. C'est à la suite de nos lectures que nous nous sommes décidé à faire un travail d'ensemble sur la

question, une mise au point aussi complète que possible.

Nous adressons à M. le professeur Strauss, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nos remerciements les plus sincères, et nous lui en garderons toujours une profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

Les affections nerveuses dues à la syphilis avaient déjà attiré l'attention des médecins du seizième siècle, mais ce n'est que vers le milieu du siècle dernier qu'il en a été fait des études approfondies.

Ulrich de Hutten, au seizième siècle, a présenté l'observation de deux paraplégies d'origine syphilitique guéries par le traitement mercuriel.

Sauvage relate plusieurs observations de paralysie qu'il attribue à la syphilis.

La citation suivante d'Ambroise Paré donne une idée de la façon dont on considérait à cette époque les affections nerveuses engendrées par la syphilis : « Vé-
» role est maladie causée par attouchement... infectant
» aussi les parties internes, avec douleurs nocturnes
» extrêmes à la tête ; aucuns perdent l'ouïe ; autres
» ont la bouche torse comme rénieurs de Dieu ; autres
» deviennent impotents des bras ou jambes, cheminant
» tout le cours de leur vie à potence ; autres demeurent
» en une contraction de tous leurs membres, qui
» est le plus souvent en criant et lamentant, maudissant
» l'heure qu'ils ont été engendrés ; aucuns sont
» vexés d'épilepsie et, pour le dire en un mot, on peut
» voir la vérole compliquée de toutes espèces et différences
» de maladies ».

Cette tendance à attribuer à la syphilis les affections les plus variées a été poussée d'abord à l'extrême ; elle a fait place plus tard, particulièrement en ce qui concerne tout au moins les maladies nerveuses d'origine syphilitique, à des idées diamétralement opposées. Hunter, au dix-huitième siècle, refusait à la syphilis, d'une façon absolue, un rôle quelconque dans l'étiologie des maladies du système nerveux.

Au commencement du dix-neuvième siècle, commence à se manifester une réaction contre ces opinions exclusives.

En 1802, Benjamin Bell rapporte un cas de maladie nerveuse guérie par le traitement spécifique.

En 1830, Charles Bell publie une observation sur un cas d'hémiplégie faciale, d'origine syphilitique. Plus tard apparaissent de nombreuses études consacrées à la syphilis du système nerveux qui attire de plus en plus l'attention des observateurs.

En 1860, M. Gustave Lagneau a publié un grand travail sur les affections syphilitiques du système nerveux.

En 1861, paraît le travail de MM. Gros et Lanceaux, sur les affections nerveuses syphilitiques.

En 1862, M. Zambaco a publié son traité des affections syphilitiques.

En 1873, parut dans les archives de physiologie un travail de MM. Charcot et Gombault sur la myélite syphilitique ; à cette époque, le nombre des cas de syphilis spéciale publiés avec examen anatomique s'élevait à peine à trois ou quatre. Depuis cette époque les travaux parus ont particulièrement contribué à faire connaître la syphilis de la moelle au point de vue ana-

tomo-pathologique. Parmi les travaux français, il convient de citer ceux de MM. Gilbert et Lion (*Archives de Médecine*, 1889), qui nous ont fait connaître la syphilis médullaire précoce, de MM. Julliard, Déjerine, Homolle, etc. Récemment, M. Lancereaux a appelé l'attention sur l'artérite syphilitique médullaire.

En Allemagne, les travaux sur la matière sont considérables. Bornon nous a cité les noms de Rumpf, Jurgens, Siemerling, Oppenheim, Greif, etc.

ETIOLOGIE

Au point de vue de l'étiologie, on peut diviser les myélites syphilitiques en deux groupes : myélite syphilitique héréditaire et myélite syphilitique acquise ; les cas héréditaires sont beaucoup moins fréquents que les cas acquis.

Quant à la fréquence générale des myélites syphilitiques, elle varie beaucoup, suivant que l'on englobe ou non le tabès syphilitique. La statistique donnée par M. le professeur Fournier est la suivante : sur 1085 cas d'affections nerveuses dûes à la syphilis, on trouve 416 cas de syphilis cérébro-spinale et 77 cas de syphilis médullaire pure. Donc, les myélites syphilitiques, comme affections isolées, ne sont pas très fréquentes, mais elles augmentent notablement si on y ajoute les cas dans lesquels la syphilis a porté simultanément sur le cerveau et sur la moelle. En tous cas, les myélites syphilitiques sont bien plus rares que les affections cérébrales de même nature. D'après Maurice, pour 20 à 30 encéphalopathies spécifiques, il ne se présente qu'un cas de myélopathie. Le tabès est une maladie qui se montre souvent chez les syphilitiques. D'après la statistique de M. Fournier, 93 0/0 des tabétiques ont eu des antécédents syphilitiques. Du reste, nous reviendrons encore sur cette question en discu-

tant la pathogénie du tabès, question très controversée, qui divise les représentants les plus éminents de la science moderne.

L'influence du sexe sur la fréquence des myélopathies syphilitiques est très considérable. Les femmes sont beaucoup moins sujettes à ces affections que les hommes, aussi bien en ce qui concerne la myélite spécifique commune que le tabès.

L'âge a-t-il de l'influence ? C'est surtout entre 25 et 40 ans qu'on constate le plus souvent l'affection qui nous occupe.

L'époque d'apparition des myélites syphilitiques, par rapport à l'âge de la syphilis, est très variable. Cependant c'est dans le courant des quatre premières années qu'elles se présentent avec le plus de fréquence. D'après le Dr Savard, sur 74 cas de myélites qu'il a observés, 9 se sont déclarés avant deux ans, 16 entre deux et cinq ans, 9 entre cinq et huit ans, 5 de dix à quinze ans et 9 entre quinze à vingt-cinq ans.

M. le professeur Fournier donne les résultats suivants :

Sur 71 cas :	Dans la première année :	8 cas
—	—	seconde..... 18 —
—	—	troisième..... 10 —
—	—	quatrième..... 10 —
—		De cinq à dix ans : 17 —
—		De dix à vingt-cinq ans : 8 —

Donc, avec le Dr Mauriac, nous pouvons considérer les myélites spécifiques comme une manifestation précoce de la syphilis.

L'influence de la gravité des accidents syphilitiques

n'est pas encore suffisamment étudiée. Fournier pense que c'est surtout dans les formes légères de la syphilis qu'on observe le plus souvent les affections médullaires; la fréquence de ces affections serait donc inversement proportionnelle à la gravité des symptômes de la syphilis. D'après le Docteur Julliard, c'est au contraire dans le cours des syphilis les plus graves que se déclarent les accidents méylitiques. Dans la statistique fournie par MM. Gilbert et Lion, 33 0/0 des cas de méylites syphilitiques ont apparu dans le cours des formes graves de la syphilis.

Donc, tous les degrés de la syphilis peuvent donner lieu aux accidents médullaires, et le degré de l'intensité de la diathèse ne paraît pas jouer un rôle manifeste dans la fréquence d'apparition des myélites.

Comme cause prédisposante, nous devons citer en premier lieu les excès vénériens qui paraissent jouer un rôle important dans l'étiologie de toutes les affections de la moelle, aussi bien spécifiques que non spécifiques. En ce qui concerne le tabès, M. Lance-reaux attribue beaucoup plus d'importance à ces excès qu'à la syphilis. Ensuite viennent les fatigues, surmenage du corps et de l'esprit, et toutes les causes susceptibles de diminuer la résistance du système nerveux aux influences morbides.

L'alcoolisme doit être considéré comme un agent étiologique assez important, car on le trouve très souvent dans les antécédents des malades atteints des myélites syphilitiques.

Reste à établir l'influence du traitement insuffisant de la syphilis sur la fréquence d'apparition des affections médullaires.

Cette question est loin d'être résolue et donne lieu à des opinions diamétralement opposées. Ainsi, d'après Mauriac, souvent on voit survenir des myélosyphiloses chez des sujets qui ont suivi autrefois les règles les plus strictes et les plus sévères du traitement ». Selon d'autres (même M. Julien) par exemple, le mercure agit plutôt comme une cause aggravante, car sur 237 cas de syphilis qu'il a observés, il y en a 59 qui n'ont suivi aucun traitement et qui n'ont présenté aucun accident nerveux tandis que sur les 158 qui ont été traités, 17 ont eu des manifestations nerveuses. En regard de cette statistique, nous mettrons celle donnée par MM. Gilbert et Lion, qui ont trouvé sur 56 cas de myélites syphilitiques 44 où le traitement de la syphilis a été nul ou insuffisant, et 15 seulement dans lesquels le traitement a été suivi d'une façon méthodique et complète. Ces résultats contradictoires nous démontrent que nous n'avons pas encore d'éléments suffisants pour résoudre cette question ; il doit nécessairement y avoir des causes d'erreur qui ont échappé aux observateurs et qui seront trouvées quand on aura des statistiques plus complètes et portant sur un plus grand nombre de sujets. Toutefois il semble à priori plus logique d'admettre l'utilité du traitement anti-syphilitique comme moyen préventif contre les myélopathies spécifiques et les accidents nerveux en général, qui sont les plus redoutables accidents de la période tertiaire. C'est là l'opinion de M. le professeur Fournier, et, en général, des syphiliographes les plus autorisés. Si le traitement le plus rigoureux et le plus régulièrement suivi ne met par à l'abri certains malades des déterminations de la syphilis sur la moelle, il n'en

est pas moins certain que ces accidents sont beaucoup moins fréquents chez les sujets qui se sont convenablement traités que chez les autres.

Rapport du tabès avec la syphilis.

Quelles sont les différentes opinions qui ont été émises à propos de l'étiologie du tabès et des rapports qui existent entre cette affection et la syphilis ?

Ce qui caractérise les lésions syphilitiques en général, c'est l'extrême variabilité de leur siège, leur tendance à diffuser à toute l'étendue de l'organe sur lequel elles portent, l'absence presque complète de toute localisation et systématisation. Comme le tabès est, avant tout, une maladie systématique dont les lésions sont rigoureusement circonscrites, il paraît à première vue étrange de voir la syphilis figurer comme le facteur étiologique le plus important. Ici, la syphilis nous apparaît donc dépourvue d'un de ses caractères essentiels qui est la dissémination des lésions qu'elle engendre. C'est certainement l'argument le plus sérieux des adversaires de l'origine spécifique du tabès, tels MM. les professeurs Charcot, Lancéaux et bien d'autres.

C'est en 1876 que M. Fournier appela l'attention sur les rapports de la syphilis avec le tabès ; en 1879 et 1881, l'éminent neuropathologiste allemand Erb soutint avec ardeur cette théorie nouvelle. M. Fournier relève 93 fois sur 100 l'existence d'antécédents syphilitiques chez les tabétiques. Erb, dans une première statistique, donne un chiffre sensiblement analogue (88 0/0) ; Althaus 90 p. 100, Rumpf, 80 à 84 p. 100.

Dans une statistique plus récente, Erb (1) donne les

1. Erb. Berliner Klin. Woch. N° 29, p. 713. 1891.

résultats de ses nouvelles recherches à ce sujet. Sur 300 cas de tabès observés par lui de 1883 à 1891 (chez des gens de la classe aisée, s'observant bien par conséquent et pouvant donner d'exacts renseignements sur leurs antécédents), il trouve 89 p. 100 de syphilis. Ces chiffres concordent donc entièrement avec ceux obtenus par M. Fournier, et Erblui-même, dans sa première statistique. On peut donc dire que *les neuf dixièmes des tabétiques, au moins, sont d'anciens syphilitiques.*

Contre cette origine divers arguments ont été opposés. On a dit que les lésions constatées à l'autopsie ne présentaient rien de spécifique, que le traitement restait absolument impuissant, alors même qu'il était institué dès le début; enfin on s'est demandé pourquoi, si la syphilis est presque toujours en cause, certains cas de tabès ne reconnaissent pas pour origine une syphilis antérieure. Il est facile de répondre à ces diverses objections. Il est certain que certaines lésions viscérales, bien que de nature syphilitique indéniable, ne s'accompagnent pas d'avantage de lésions ayant un caractère spécifique. L'impuissance du traitement ne peut non plus être invoquée comme argument contre l'origine syphilitique; car ce qui fait l'impuissance du traitement, c'est le siège et non la nature des lésions. Enfin, il est parfaitement exact que le tabès ne reconnaît pas pour cause unique la syphilis. A côté de l'infection syphilitique, cause de beaucoup la plus fréquente, il est probable que d'autres infections ou intoxications peuvent jouer également, dans certains cas, le rôle de cause efficiente. Ainsi il est prouvé que l'er

gotisme (Tuczek), que la pellagre peuvent déterminer des lésions analogues à celles du tabès.

Il reste à déterminer le rôle de l'hérédité nerveuse, sur laquelle insiste beaucoup M. le Professeur Charcot. Ce rôle est indéniable, mais l'hérédité nerveuse ne constitue qu'une cause prédisposante favorisant la localisation sur le système nerveux des toxines syphilitiques. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il s'agit uniquement de l'hérédité nerveuse indirecte (hystérie, épilepsie, aliénation mentale) et nullement d'une hérédité directe. Un tabétique ne transmet pas le tabès à ses descendants.

Dans son traité de pathologie spéciale Strumpel cherche à expliquer le rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabès. « Nous sommes tenté de croire, dit-il, que, sous l'action de l'infection syphilitique, il se forme un poison de nature chimique, qui exerce une action destructive sur le système des fibres médullaires. De cette manière, le tabès serait vis-à-vis de la syphilis, ce que sont les paralysies diphtéritiques vis-à-vis de l'angine diphtéritique. Il est infiniment probable, en effet, que le tabès est dû à la localisation dans le système médullaire postérieur de toxines sécrétées par le microbe d'ailleurs inconnu de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En abordant ce chapitre, nous devons dire, tout d'abord, que les lésions de la moelle dans les myélopathies syphilitiques sont souvent très peu prononcées; quant à leur caractère de spécificité, il manque parfois entièrement. Il y a lieu de distinguer cinq variétés de lésions de la moelle produite par la syphilis :

1^o Artérite syphilitique. — C'est-à-dire la lésion primitive des parois artérielles, due à l'action de virus spécifiques.

Heubner a parfaitement décrit l'endartérite cérébrale; il a également montré que l'endartérite oblitérante peut déterminer la myélite. Depuis, de nombreux cas d'artérite médullaire syphilitique ont été relatés. Citons celui de Rumpf, celui de Knapp (1), celui de Graff, ceux de Schmaus (2),.. etc.

Pour Heubner, la lésion débiterait dans l'endothélium qui prolifère et donne lieu à une néoformation située entre lui et la membrane pénétrée; l'endartérite syphilitique se distinguerait de l'athérome, en ce qu'elle n'aboutit pas à la transformation graisseuse ou calcaire. Pour Baumgarten, au contraire, le point

(1) Knapp, *Neurologisches Centralblatt*, 4. 1885.

(2) Schmaus, *Deutsche Archiv. für. Klinische Medicin.* Vol. 44. fasc. 2 et 3 p. 244 — 1889.

de départ de l'artérite syphilitique est dans les vasa-vasorum et dans les espaces lymphatiques de la tunique initiale ; la prolifération de la membrane interne ne serait qu'un phénomène secondaire.

Moller (1) a récemment montré que ni l'une ni l'autre de ces opinions n'était exclusivement vraie. On peut observer indifféremment, suivant cet auteur, l'endartérite ou la périartérite. Moller insiste d'autre part sur la fréquence de la dégénérescence hyaline.

Lancereaux est de ceux qui ont le mieux étudié cette forme, qu'il considère comme point de départ de beaucoup d'autres altérations médullaires.

L'observation qu'il a rapportée est des plus intéressantes.

OBSERVATION I

(LANCEREAUX)

« La présence au N° de notre salle, d'un malade atteint de paraplégie, nous conduit à vous parler d'une forme peu commune des affections spécifiques de la moelle épinière : la myelopathie parartérite médullaire dont l'analogie avec l'artérite cérébrale syphilitique est des plus frappantes.

« Il s'agit d'un garçon de 26 ans, employé de commerce, grand, bien constitué, jouissant d'une bonne santé jusqu'en octobre 1888, époque à laquelle il remarqua sur sa verge l'existence d'un ulcère arrondi, suintant, qui ne dura pas moins d'un mois et s'accompagna d'adénopathie inguinale. Six semaines après apparaissent une éruption rubéolique généralisée et des plaques muqueuses bucco-pharyngées. A ces accidents fut opposé un traitement par les pilules mercurielles qui dura sept mois.

(1) Moller. — Zur Kenntssi der Buckenmark syphilis.

La santé à la suite de ces accidents ne laissait rien à désirer, quand, le 7 octobre 1889, survint une rétention d'urine, pour laquelle un médecin fut appelé et pratiqua le cathéterisme séance tenante. A partir de ce moment, il y eut une constipation opiniâtre, et des sensations diverses d'engourdissement et d'élancement se firent sentir dans les membres ; quarante-huit heures plus tard, en voulant mettre le pied hors du lit, le malade s'aperçut que ses jambes refusaient de le porter. Deux jours après la paralysie de ces membres était complète, absolue et portait tout à la fois sur le mouvement et la sensibilité. Ses jambes sont flasques, immobiles et le malade peut à peine imprimer un léger mouvement à quelqu'un de ses orteils. La constipation et la rétention d'urine persistent et des eschares ne tardent pas à se produire à la région sacrée ; mais au bout d'un certain temps la sensibilité, abolie dans les parties paralysées, reparait peu à peu. C'est dans cet état que le malade est admis à l'Hôtel-Dieu, le 24 octobre 1890, dans le service de mon honorable prédécesseur, le D^r Mesnet, qui lui prescrit un traitement ioduré.

Malgré ce traitement, la paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie ne subit aucune modification. Les muscles des jambes diminuent de volume, s'atrophient, et à la flaccidité de la paralysie succède une contracture de plus en plus forte. Les eschares persistant deviennent le point de départ d'un érysipèle qui finit par guérir. C'est alors, fin décembre, que nous sommes appelé à prendre le service et à soigner ce malade. A cette époque les jambes sont raides, immobiles, contracturées, et demi-fléchies ; les pieds tombent, mais il n'y a pas de chute des doigts. Tous les mouvements se limitent

aux orteils, qui sont à peine relevés sous l'influence de la volonté. La peau, au niveau des membres, ne présente aucune altération, mais les masses musculaires sont nettement atrophiées et ne répondent plus à l'action de l'électricité ; la pression exercée sur elles est des plus pénibles. Des douleurs spontanées, continues, occupent toute l'étendue des membres. Les mouvements volontaires, limités aux orteils sont très faibles. Les réflexes patellaire et plantaire sont exagérés ; la flexion du pied sur la jambe provoque des mouvements cloniques du membre, le phénomène de l'épilepsie spinale. Les mêmes secousses convulsives se produisent encore dès que le malade tend à imprimer un mouvement à l'un de ses membres. Il existe une constipation habituelle et le cathétérisme est toujours nécessaire. Les urines sont franchement purulentes. La région sacrée est le siège d'une large eschare de belle apparence, que l'on ne parvient pas à cicatrifier. Le malade est pâle, amaigri, se nourrit mal et n'est pas sans laisser quelque inquiétude pour son avenir.

Tel est le fait qui se présente à notre observation et qu'il nous faut maintenant interpréter. A cet effet recherchons si la paraplégie, dont se trouve affecté ce malade, se lie ou non à une lésion matérielle, et dans le cas où cette lésion existerait, déterminons son étendue, son point de départ et enfin sa nature. Alors, seulement, nous pourrions nous demander si l'affection qui nous occupe a pour origine la syphilis antérieure ; en un mot, si une relation peut être établie entre elle et cette maladie.

L'existence d'une lésion est ici mise hors de doute par l'atrophie musculaire, l'état des réflexes patellaires et plusieurs autres phénomènes. Le début brusque des accidents, l'exagération des réflexes, l'état flasque de la pa-

raplégie, suivie plus tard de contracture, sont des circonstances qui nous renseignent d'une façon certaine sur la nature et l'étendue de la lésion médullaire, puisqu'elles nous mettent à même de reconnaître que cette lésion ne pouvait être primitivement inflammatoire, mais simplement nécrosique ou hémorrhagique et qu'elle était tout d'abord circonscrite en un point de la moelle épinière situé vers la région dorsale ou à la partie supérieure du renflement lombaire. C'est plus tard seulement que cette lésion s'est étendue par la production d'une lésion de voisinage qui, ultérieurement, a donné lieu à une sclérose descendante des cordons antéro-latéraux.

La lésion médullaire recherchée, est, en somme, un foyer de nécrose ou de ramollissement portant surtout sur les cornes antérieures de la moelle épinière. Or, un foyer de cette nature ne peut être que l'effet d'une oblitération artérielle par embolie ou par thrombose. Le début brusque, plutôt que subit, des accidents est favorable à l'hypothèse de la thrombose plus qu'à celle de l'embolie et, du reste, les embolies de la moelle épinière sont rares, en raison, sans doute, du petit calibre des vaisseaux qui s'y distribuent.

La marche progressive de la paralysie, qui a mis plusieurs jours à se compléter, indique manifestement l'existence d'une thrombose, et le jeune âge du malade ne laisse pas de doute sur une thrombose par artérite. Or, comme les deux cornes antérieures sont atteintes, l'artère spinale antérieure, ou ses branches, sont forcément le siège du processus pathologique initial et la cause du ramollissement médullaire. Les branches de cette artère, après avoir fourni aux cornes de la substance grise, s'anastomosent avec les artères radiculaires formées par

les rameaux postérieurs des artères intercostales; mais ces artérioles n'ayant pu suffire à rétablir la circulation, la nécrose des cornes antérieures en a été la conséquence. Ainsi, artérite circonscrite de l'artère spinale antérieure ou de ses branches et ramollissement consécutif de la substance grise des cornes antérieures et de la moelle épinière, telle est la lésion que nous indique d'une façon certaine l'analyse des phénomènes observés chez notre malade.

2° Myélite embryonnaire. — Cette forme, décrite par MM. Gilbert et Lion, se caractérise par l'absence presque complète des lésions macroscopiques; les premiers observateurs (Zambaco.. etc) l'avaient classée dans le groupe des myélites sans lésion apparente.

L'examen microscopique démontre l'existence d'une infiltration de la pie-mère par de nombreuses cellules embryonnaires qui se groupent principalement autour des vaisseaux. Entre la face interne de la pie-mère et la moelle, il y a un exsudat granuleux, renfermant également un grand nombre de cellules embryonnaires. La pie-mère est épaissie, ses prolongements externes et internes sont également infiltrés et les vaisseaux qui cheminent dans leur épaisseur sont altérés. D'après MM. Gilbert et Lion, cette forme peut être considérée comme stade initial des autres lésions médullaires syphilitiques. Elle peut évoluer soit vers le type gommeux, soit vers le type scléreux, soit encore vers le ramollissement. Dans le premier cas, les cellules embryonnaires s'accumulent par place et forment des tumeurs gommeuses; dans le second, le tissu embryonnaire s'organise, se transforme en tissu fibreux. Les éléments propres de la moelle, en-

tourés du tissu de nouvelle formation, se ramollissent et dégénèrent, ou bien s'atrophient progressivement et sont remplacés par les éléments fibreux. Les vaisseaux sont aussi altérés, la tunique interne donne lieu à une prolifération interne de cellules qui finissent par obstruer la lumière des vaisseaux.

OBSEKVATION II

De syphilis médullaire.

(GILBERT et LION)

P., Guillaume, 20 ans, boucher, entre le 27 juin 1885, à l'hôpital St-Louis, salle St-Louis, n° 11, service de M. le professeur Fournier.

Au mois d'août 1884, le malade eut un chancre sur le prépuce. Au mois de septembre il entra à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Horteloup, pour des bubons inguinaux qui ne tardèrent pas à suppurer de l'un et de l'autre côté. On lui administra des pilules de mercure et des bains de sublimé. Il quitta l'hôpital, le 21 octobre. Il y revint au mois de novembre. Il avait, à cette époque, des douleurs dans les reins, les cuisses et les genoux. Au mois de décembre il eut des syphilides buccales et quelques rares syphilides cutanées. A la fin de décembre, il quitta de nouveau l'hôpital, où on lui avait fait subir le même traitement qu'en septembre et en octobre. Pendant les trois premiers mois de l'année 1885 le malade travailla, prenant chaque jour une pilule de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium. Mais les douleurs qu'il avait dans les reins, les cuisses et les genoux, depuis le mois de novembre 1884, ne cédaient pas. Le 7 avril, il se décida à entrer pour la troisième fois à l'hôpital du Midi. On lui

prescrivit par jour 4 grammes d'iodure de potassium. Au bout de cinq semaines, il sortit de l'hôpital plus souffrant qu'à son entrée, les douleurs n'ayant pas disparu et la marche étant devenue plus difficile. Il se rendit à l'hôpital Laënnec, où il demeura 15 jours et d'où il sortit un peu amélioré. Il prit du sirop de Gibert et des bains sulfureux. Il fut admis dans le service de M. le Professeur Fournier, le 27 juin 1885.

Avant son entrée à l'hôpital St-Louis, le malade portait dans les aines les cicatrices des bubons qui, en septembre 1884, avaient suppuré. Il avait des syphilides buccales, des céphalées nocturnes et une tuméfaction douloureuse au niveau du bord interne du plateau tibial gauche. Il se plaignait de douleurs dans les membres inférieurs, affaiblis. Il disait avoir maigri de 15 kilogrammes en un an. Il fut mis à un régime tonique et prit 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Quelque temps après son arrivée à l'hôpital, il eut une iritis à droite. A partir du 25 juillet, il fut pris de vomissements répétés, il ressentit de vives souffrances dans les membres inférieurs et vit la gêne de la marche s'accroître. Le 24 août la marche et la station debout devinrent impossibles ; la rétention d'urine, pour la première fois, se manifesta.

Le 27 août le malade présentait un affaiblissement et un abattement général. Les membres inférieurs étaient inégalement paralysés : le membre abdominal droit était absolument inerte ; le membre abdominal gauche pouvait encore être soulevé. Le réflexe rotulien était normal à droite ; ample, brusque, exagéré à gauche. Les membres inférieurs étaient le siège d'une sensation d'engourdissement et d'élancements douloureux, spontanés, paraissant suivre le trajet des sciatiques. Ils n'offraient aucune zone d'anesthésie. L'abdomen, au contraire, dans toute son

étendue, le thorax, depuis la septième côte à droite, et depuis la neuvième à gauche jusqu'à la base, la colonne vertébrale dans ses portions sacrée et lombaire, ainsi que dans le 1/3 inférieur de sa portion dorsale, étaient le siège d'une vive hyperesthésie. La rétention d'urine existait depuis trois jours et s'accompagnait, depuis deux jours, de constipation. La température était normale (37°, 6). La respiration et le pouls étaient réguliers. Les autres fonctions n'étaient pas troublées. Six ventouses scarifiées furent appliquées sur la colonne vertébrale, l'iodure de potassium fut continué à la dose de 4 grammes et des frictions mercurielles furent faites chaque jour.

Jusqu'au 25 septembre l'état du malade ne se modifie pas sensiblement. Le réflexe rotulien, toutefois, s'affaiblit littéralement. L'anesthésie générale, la paraplégie, la rétention d'urine et des matières fécales, les douleurs spontanées et l'hyperesthésie thoraco-abdominale persistent avec les mêmes caractères. Puis le malade fut pris d'oppression et succomba le 30 novembre, à 11 heures du matin.

A l'autopsie, les viscères abdominaux et le cœur étaient normaux. Les poumons étaient congestionnés au niveau de leurs bords postérieurs, surtout à droite. Les deux feuillets des deux plèvres étaient unis par quelques adhérences lâches. La pie-mère cérébrale était injectée et semblait un peu épaissie. La pie-mère spinale était vascularisée et, dans sa portion lombaire, montrait quelques exsudats blanchâtres, concrets, longitudinalement dirigés, perceptibles seulement à un examen très attentif. La substance grise de la moelle était d'une teinte plus rose qu'à l'état habituel.

L'examen histologique. A porté uniquement sur la

moelle épinière et sur la pie-mère correspondante. Il a montré l'existence de lésions importantes dans la pie-mère et de lésions secondaires et accessoires dans la moelle.

La pie-mère est infiltrée de cellules rondes, vivaces, parfaitement colorées par les réactifs. Celles-ci s'agglomèrent principalement autour des vaisseaux, Elles pénètrent dans les tuniques vasculaires elles-mêmes qu'elles dissocient et dont elles augmentent notablement l'épaisseur. La lumière des vaisseaux est ordinairement étroite par rapport aux dimensions de leurs parois ; parfois même elle est complètement oblitérée. La face interne de la pie-mère est séparée de la moelle par un exsudat granuleux contenant un nombre plus ou moins considérable de cellules rondes. Quelques petits vaisseaux à parois épaisses sont englobés dans cet exsudat, La substance granuleuse, qui le forme essentiellement, se colore nettement en rose par le picro-carmin ; elle prend par l'éosine hématoxylique une teinte rose très légère.

Sur quelques points, elle perd son aspect granuleux pour prendre l'aspect fibrillaire de la fibrine réticulée.

L'infiltration embryonnaire de la pie-mère spinale occupe toute sa hauteur et tout son contour, présentant des maxima et des minima irrégulièrement distribués. De même l'exsudat fibrino-leucocytaire sous piemérien forme un manchon pour ainsi dire discontinu à la moelle épinière, offrant tour à tour une grande minceur où une épaisseur assez grande.

Les prolongements externes que la pie-mère fournit aux racines des nerfs rachidiens et qui constituent leur névrième sont, comme la pie-mère elle-même, infiltrés d'éléments embryonnaires.

Il en est de même de ses prolongements internes. Le double prolongement qu'elle fournit au sillon médian antérieur est, en général, très altéré: il contient d'innombrables cellules rondes et apparaît souvent séparé de la moelle par l'exsudat fibrino-leucocytaire que nous avons décrit. L'unique prolongement que la pie-mère fournit au sillon médian postérieur est d'ordinaire moins lésé. Quant aux prolongements de moindre importance qui, partis de la face profonde de la pie-mère, pénètrent dans la moelle, s'y divisent et s'y subdivisent pour en former le squelette conjonctif, ils se montrent presque tous plus ou moins modifiés. Tantôt les parois des vaisseaux qu'ils contiennent sont uniquement infiltrées de cellules rondes et tantôt, en même temps que les parois vasculaires, le tissu conjonctif qui les constitue est infiltré par ces éléments. Ces lésions sont à leur maximum à la périphérie de la moelle, au niveau de l'attache à la pie-mère de ses prolongements internes. Elles vont en diminuant à partir de ce point vers la substance grise, au sein de laquelle l'infiltration des parois vasculaires par les cellules rondes est à son minimum.

Dans la moelle épinière, en un point répondant à la partie moyenne du renflement cervical, existe une lésion circonscrite du cordon latéral gauche. A un faible grossissement cette lésion donne l'idée d'une nodosité gommeuse de forme ovalaire qui refoulerait légèrement la substance blanche adjacente. A un fort grossissement sur des coupes colorées à l'éosine hématoxylique, l'on peut reconnaître que cette nodosité est formée d'une substance granuleuse contenant un assez grand nombre de cellules rondes et qu'en somme elle est, histologiquement identique à

l'exsudat sous-pie-mérien que nous avons décrit précédemment.

OBSERVATION III.

(SAVARD)

Nous avons observé dernièrement un cas de gomme de la moelle chez une femme de 50 ans, qui était syphilitique depuis cinq ans, et qui portait encore des cicatrices caractéristiques de l'affection. Cette femme, dont nous donnerons plus loin l'observation, fut emportée en quinze jours par une myélite ascendante aiguë, rebelle à la médication la plus énergique.

A l'autopsie, nous trouvons les méninges, surtout l'arachnoïde et la pie-mère, épaissies, infiltrées d'un exsudat louche, surtout au niveau de la région dorsale et lombaire. A ce niveau, ou plutôt à la partie inférieure de la région dorsale sur la partie droite, nous constatons l'existence d'une gomme des plus nettes, grosse comme un pois, située superficiellement, mais pénétrant à quelques millimètres dans la substance médullaire. Cette tumeur avait une forme très-arrondie et une consistance très-molle, bien plus molle que celle de la substance médullaire. Au microscope, dans toute la hauteur de la moelle, on trouvait un épanchement considérable de la tunique des artérioles, dont le canal était singulièrement rétréci. Plusieurs des cellules des cornes antérieures étaient atrophiées. Peu de prolifération conjonctive de la névroglie.

Dans les auteurs, nous avons pu trouver cinq cas de gommes médullaires. A cause de leur rareté nous les rapportons ici.

OBSERVATION IV.

(RÉSUMÉE)

MAC DOWEL.. DUBLIN, QUART JOURNAL n° 5, XXXI,
p. 321, held. 1861.

H. 24 ans. Syphilis datant de 8 mois. Cicatrice au gland. Restes d'iritis. Testicules syphilitiques. Paraplégie qui évolue en 2 mois,

A l'autopsie: membranes spinales parfaitement saines. Diminution de consistance de la moelle dorsale. Sur des coupes transversales, on trouve vers la partie moyenne de la moelle dorsale une tumeur jaunâtre, sphérique, du volume d'un haricot, lisse sur la surface de section, de consistance fibrocartilagineuse. Tout autour de la tumeur, zone ramollie et congestionnée qui renferme elle-même un petit point jaune de nature semblable à celle de la tumeur principale.

OBSERVATION V.

(RÉSUMÉE)

E. WAEGNER. *Das syphilom oder die constitutionnell syphilitische Neubildung*. Arch. der Heilkunde, 1863, p. 1-26, 161-176.

Homme, 49 ans. Chancre il y a un an. Meurt avec le diagnostic de tumeur cérébrale et hydrocéphalie chronique.

A l'autopsie: gomme du cervelet; gomme de la moitié gauche de la moelle immédiatement au-dessous de la protubérance; cette dernière avait la grandeur d'une noisette, était blanche avec un reflet bleuâtre, riche en un suc, et son centre était occupé par un petit noyau jaunâtre. Le reste de la moelle était intacte.

3° Ramollissement. — Les processus de ramollissement de la moelle sont souvent accompagnés de dilatation vasculaire très intense. Ainsi, dans l'observation de Julliard, rapportée par MM. Gibert et Lion, ce qui est caractéristique, c'est bien cette dilatation extrême des vaisseaux, ainsi que les hémorrhagies interstitielles par ruptures des capillaires. Cela nous porte à croire que la lésion primitive siège dans le système vasculaire et que le ramollissement de la substance médullaire apparaît comme un processus secondaire, consécutif à cette lésion. Autrement dit le ramollissement de la moelle doit être envisagé comme résultat de l'artérite syphilitique décrite par M. Lancereaux. Les altérations des parois vasculaires donnent naissance aux embolies qui provoquent des troubles de nutrition, aboutissant finalement au ramollissement de la substance propre de la moelle, principalement des cellules nerveuses, qui se gonflent, puis perdent leur protoplasma et sont réduites enfin en un amas de détritns.

OBSERVATION VI

(RÉSUMÉE)

JULLIARD. Thèse, Lyon 1879.

Femme 48 ans, ignore si elle est syphilitique. A eu, il y a quelques jours, une éruption, probablement une roséole. Depuis quatre mois, fourmillements, crampes, faiblesse progressive des membres inférieurs. Il y a trois jours, la marche est devenue complètement impossible. Sensibilité tactile conservée sauf à la face interne du tibia. Sensibilité à la douleur perdue, à la chaleur perversie. Perte

du sens de la position dans l'espace. Réflexe patellaire diminué à gauche, presque aboli à droite. Pas d'épilepsie spinale. Cephalalgie. Ganglions épithrochléens et inguinaux. Eruption de tubercules cuivrés sur tout le corps.

Plus tard, incontinence des fèces ; rétention d'urine. Double eschare au sacrum et à la fesse droite. Mort malgré le traitement mixte.

Examen microscopique de Preret. — Portion cervicale : très-légère, dilatation des vaisseaux ; certains d'entre eux ont une gaine remplie d'exsudat amorphe coloré par le carmin, au niveau des cordons de Goll, tubes déformés, dépourvus de cylindres d'axe.

Portion dorsale : là prédominent les lésions. Vaisseaux de la pie-mère dilatés, entourés d'une grande quantité de leucocytes ou de cellules de segmentation. En quelques points, l'exsudat de globules blancs est accompagné de diapédèse des globules rouges. Ramollissement des cordons latéraux, des cordons postérieurs et même de la substance grise, surtout au niveau des commissures où existe aussi une hémorragie interstitielle. Dans la substance blanche, tuméfaction très-accentuée des cylindres d'axe. Corps granuleux disséminés.

Les lésions de myélite disparaissent au-delà de la région dorsale.

La méningite persiste dans toute la hauteur de la moelle.

OBSERVATION VII

(RÉSUMÉE)

Déjerine. *De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une période rapprochée du début de l'affection. Revue de médecine 1884. — Obs. I, p. 60.*

Homme 51 ans, chancre il y a 13 mois (septembre

1878). Traitement mercuriel pendant deux mois. Cinq mois après, érosion spontanée sur la cicatrice du chancre. Nouveau traitement spécifique pendant deux mois. Pas d'autre accident.

En février 1879, maux de tête, envies fréquentes d'uriner sans émission d'urine. Affaiblissement des membres inférieurs qui vacillent sous le malade. Atrophie apparente. Douleurs fulgurantes, crampes, sirop de Gibert, amélioration.

En octobre, à la suite d'une exposition au froid et à la pluie, les douleurs reparaissent et le 22 octobre, les jambes se dérobent sous le malade, qui tombe sans pouvoir se relever.

Le 23 octobre, la paraplégie est absolue. Léger œdème des jambes. Sensibilité abolie jusqu'au niveau de l'ombilic. Incontinence des urines et des fèces. Sensation de constriction à la base du thorax.

Eschares légères aux deux fesses.

Le 11 novembre, eschares de la paroi-abdominale, du sacrum, des talons. Poitrine remplie de râles. Mort le 21 novembre.

Autopsie. — Moelle. A l'œil nu : foyer de myélite centrale dans toute la hauteur de la région dorsale.

Au microscope, myélite parenchymateuse et interstitielle. Cellules presque complètement disparues, état hypertrophique de certaines d'entr'elles, apparence globuleuse, prolongements disparus, aspect vitreux du pootaplasma, disparition des noyaux et des nucléoles. Vaisseaux très-dilatés, gorgés de sang, à parois épaissies, remplies d'éléments embryonnaires. Épaississement et infiltration embryonnaire de la pie-mère et des cloisons qui en partent.

OBSERVATION VIII

(RÉSUMÉE)

Déjerine. *Revue de Médecine* 1884. Obs. II, p. 66.

Homme, 38 ans, chancre il y a un an. Plaques muqueuses dans la gorge, croûtes dans les cheveux, alopétie. Absence de traitement. Il y a huit jours, douleurs le long de la colonne vertébrale, et la veille de l'entrée à l'hôpital faiblesse des membres inférieurs au lever. La faiblesse augmente dans la matinée et la paraplégie est absolue dans l'après-midi. Le jour de l'arrivée (16 mai), paraplégie absolue, sensibilité complètement abolie jusqu'à la base de la poitrine. Réflexes plantaire et patellaire abolis. Rétention d'urine et des matières fécales.

Les jours suivants, eschare sacrée. Mort le 23 mai.

Autopsie. — Moelle. Œil nu : diminution de consistance et coloration grisâtre de la moitié inférieure de la région dorsale et de la moitié supérieure de la région lombaire. Au microscope : myélite parenchymateuse très intense, cellules diminuées de nombre, quelques-unes normales, les autres arrondies, globuleuses, sans prolongements, noyaux et nucléoles intacts. Quelques cellules renferment une grande quantité de pigment jaune. Les vaisseaux sont congestionnés et enflammés, les capillaires dilatés, remplis de sang; les noyaux des parois sont multipliés.

La substance blanche est peu altérée : un foyer de myélite est limité dans le faisceau latéral gauche de la région dorso lombaire.

Le Dr Savard, dans sa thèse rapporte une observation de Lyon et de Lépine.

Ces observateurs n'ont pas constaté d'altération des vaisseaux, ce qui est conforme à la loi posée par Virchow à propos de la syphilis médullaire: début par le tissu conjonctif, qui devient le point de départ d'une prolifération cellulaire active!

Nous sommes donc en présence de deux opinions différentes sur l'origine du ramollissement médullaire observé dans la syphilis. Etant donné les nombreuses observations dans lesquelles on a trouvé des lésions vasculaires coexistantes avec le ramollissement de la loi de Virchow perd de sa valeur absolue; il n'en est pas moins vrai que dans l'état actuel de la question on est forcé d'admettre l'influence des deux facteurs étiologiques: altération vasculaire et altération du tissu conjonctif.

4° Sclérose de la Moelle. — Dans la description de la forme embryonnaire de la myélite nous avons vu qu'elle peut évoluer vers la sclérose par organisation fibreuse du tissu embryonnaire. M. Sottar, dans un article publié dans les comptes rendus de la société de biologie, émet l'opinion que l'artérite syphilitique peut aussi aboutir au processus scléreux, qui résulte d'une augmentation de l'activité vasculaire alors produite par le développement des vaso-vasorum. C'est un phénomène de suppléance fonctionnelle, consécutive à l'oblitération des vaisseaux eux-mêmes. Par suite de cette augmentation de vascularité le tissu conjonctif et la névroglie entrent en activité et remplacent le parenchyme nerveux.

OBSERVATION IX

(SOTTAS)

Il s'agit d'un homme qui eut un chancre syphilitique à l'âge de vingt-cinq ans, en septembre 1890. La para-

plégie débute en novembre 1891 ; elle fut excessivement grave, et le malade entra dans le service de M. Déjerine. La mort survint en mars 1893, seize mois après le début de l'affection. A l'autopsie on trouva dans la moelle deux foyers principaux d'altération : l'un siégeant au niveau des IV^e et V^e racines dorsales, l'autre s'étendant de la VII^e à la XI^e dorsale. Dégénérescence secondaire du cordon de Goll et du faisceau pyramidal.

Les coupes pratiquées dans les points où la lésion primitive atteint son plus haut degré montrent une disparition presque totale des tubes nerveux. Les corps granuleux sont excessivement nombreux ; ils sont tassés les uns à côté des autres et forment même, en certains points, des amas compacts qui apparaissent à l'œil nu sur les coupes de la moelle fraîche comme de petits foyers jaunâtres, d'apparence caséuse.

Les cellules de la substance grise sont également atrophiées, mais il en persiste un grand nombre encore ; en tous cas, leur altération n'est pas aussi accentuée proportionnellement que celle de la substance blanche.

Les vaisseaux sont tous extrêmement épaissis, la plupart oblitérés, mais l'altération est beaucoup plus ancienne que dans le premier cas. Les parois, épaissies, sont fibreuses, pauvres en noyaux et on peut constater de plus une particularité très importante : chaque moignon fibreux qui représente un vaisseau oblitéré un peu volumineux est entouré d'une zone de capillaires dilatés logés dans la tunique externe et représentant probablement les vaso-vasorum qui suppléent par leur développement au fonctionnement du vaisseau oblitéré. Les gaines périvasculaires sont remplies de corps granuleux. Ça et là on trouve encore dans ces gaines des granulations brunes de

pigment sanguin provenant sans doute de la résorption de petits foyers hémorrhagiques.

La réaction de l'élément conjonctif et de l'élément névrolitique s'est manifestée à cette période. Les gros vaisseaux sont accompagnés par une gaine de tissu conjonctif épaissi et, dans tout le champ de la coupe, de nombreux noyaux embryonnaires sont décélés par l'hématoxyline. La disposition et l'hyperplasie de la névroglie apparaissent clairement sur des coupes qui ont été débarrassées des corps granuleux par l'action de l'acide acétique, de l'alcool et de l'éther. Dans ces conditions on a sous les yeux une préparation de névroglie presque pure. La place occupée par chaque corps granuleux est entourée d'un réseau névrolitique. Là où les corps granuleux forment des amas la névroglie s'est elle-même tassée en constituant un chevelu épais et très dense, mêlé de noyaux. Enfin autour de chaque vaisseau, en dehors de la gaine conjonctive, existe une zone dense de filaments névrolitiques concentriques mêlés de nombreuses cellules araignées.

Siège des Lésions. — Les lésions syphilitiques peuvent atteindre les mêmes méninges aussi bien que les cordons blancs et la substance grise (A.) Les méninges présentent tantôt des gommès, qui sont assez rares, tantôt de la sclérose, qu'on rencontre bien plus fréquemment. Les trois feuillets sont presque toujours atteints et il est difficile de trouver le point de départ de la lésion, car elle se propage avec une grande rapidité aux parties voisines. Parfois les altérations méningées sont très manifestes, comme dans l'observation de Rosenthal rapportée par Mauriac. On a constaté dans la dure-mère rachidienne la présence d'une gomme longue de 3 cent., de l'épaisseur d'un doigt, et

comprimant la moelle de la 2^{me} à la 3^{me} vertèbre cervicale.

OBSERVATION X

(ZAMBACO)

Paraplégie-sciatique, paralysie du nerf mentonnier. — Nombreuses tumeurs syphilitiques. — Cachexie. — Mort malgré la médication spécifique. — Autopsie.

X..., âgé de 25 ans, entre au mois d'avril 1845, dans le service de Rostan, à l'Hôtel-Dieu. En 1850, chancre induré du frein qui persista longtemps. Fut alors soumis au traitement mercuriel pendant deux mois. Pas d'accidents à ce moment du côté de la peau ni des muqueuses, mais en même temps deux exostoses commencent à poindre l'une à la partie antérieure du sternum, l'autre à la partie horizontale du maxillaire inférieur. Il entra dans le service de M. Hérard, à St-Antoine, qui le soumit sans succès à l'iodure de potassium. Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, il offrait une maigreur squelettique, et les attributs de la cachexie la plus avancée; la partie inférieure du tronc ne présente qu'une sensibilité très obtuse au contact et aux piqûres; les membres inférieurs ne peuvent porter le corps; le malade ne peut les déplacer qu'avec les plus grandes difficultés. Douleurs ostéocopes très violentes dans les membres inférieurs, douleur de sciatique gauche incessante; au tiers supérieur du sternum, périostose avec rougeur de la peau; gomme ulcérée au sein droit; sur le maxillaire inférieur à gauche et à 1 cent. de la symphyse, tumeur formée par une périostite avec dépôts plastiques. Le nerf mentonnier, sans doute comprimé, cesse d'animer la moitié gauche de la langue qui a perdu sa sensibilité

tactile. Six tumeurs gommeuses sont disséminées le long du rocher : elles sont grosses comme un pois. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium ne produit aucune amélioration et la cachexie va s'aggravant chaque jour. Le malade succombe dans le marasme.

Autopsie. Dans le canal vertébral, au niveau de la moitié inférieure de la région dorsale de la moelle et dans toute l'étendue de la région lombaire existe un épanchement gélatineux, de consistance gommeuse, qui comprime la moelle. Dans la fesse gauche, au-dessous des muscles, on trouve une tumeur du volume d'une noix, comprimant le nerf sciatique. Toutes ces tumeurs, ainsi que l'épanchement intrarachidien, étaient constitués par le tissu propre des gommès. (L'examen en a été fait par Ch. Robin.)

Les altérations des méninges ne sont pas toujours aussi prononcées que celles qui sont décrites dans les observations ci-dessus. Parfois on ne trouve rien à l'examen microscopique, et ce n'est qu'au microscope qu'on peut découvrir les lésions qui portent souvent sur le prolongement de la pie-mère dans l'épaisseur de la substance médullaire.

B. Moelle. Quant aux altérations de cette substance elle-même elles peuvent se présenter comme nous avons vu sous forme de gomme, de ramollissement, de sclérose ou d'infiltrations. Les lésions sont diffuses, ce qui est le cas notamment pour les scléroses, ou bien circonscrites, affectant la forme gommeuse. Les gommès sont toujours beaucoup moins fréquentes que les autres altérations. Les lésions de moelle sont presque toujours beaucoup plus prononcées dans la subs-

tance grise que dans leurs cordons blancs, ce qu'on pourrait peut-être attribuer à la plus grande richesse de la substance grise en vaisseaux. Les deux observations suivantes de M. Déjerine font ressortir cette particularité.

1° Six mois après le chancre induré invasion subite d'une myélopathie grave. Amélioration sous l'influence des spécifiques, puis rechute, troubles trophiques et mort. *Nyéélite centrale* dans la région dorsale. La substance grise était très-injectée, surtout dans sa partie antérieure. Les cordons latéraux l'étaient aussi. A ce niveau, les racines antérieures présentaient à un très haut degré les altérations de la névrite parenchymateuse (état maliniforme des tubes nerveux, segmentation de la myéline, multiplication des noyaux, disparition du cylindre axe, présence de corps granuleux dans le tissu cellulaire interstitiel.) Rien du côté des racines postérieures. — Cellules nerveuses de la moelle converties en blocs fibreux, globuleux, opaques, noyés dans des corps granuleux et des noyaux. — Altérations, inflammation des capillaires, de la névroglie et de la pie-mère. Dégénérescence secondaire des noyaux pyramidaux de la moelle lombaire et du cordon de Goll dans la moelle cervicale.

2° Au bout d'un an de syphilis, invasion brusque d'une myélopathie à marche rapide. — Eschares du sacrum. Mort, à peu près mêmes altérations que dans les cas précédents. Elles siégeaient au niveau du renflement dorso-lombaire et occupaient la pie-mère, les gaines conjonctives, les racines antérieures (rien dans les postérieures). La myélite était parenchymateuse et siégeait presque exclusivement dans la substance

grise. Elle s'était un peu répandue aussi dans la substance blanche, où l'on observait un foyer de myélite (dilatations vasculaires, proliférations des noyaux de névroglie, hypertrophie du cylindre axe (Dejérine).

Les lésions syphilitiques de la moelle donnent souvent naissance aux dégénéscences secondaires qui résultent de la destruction des centres hystériques eux-mêmes, ou bien seulement de l'isolement d'une partie de la moelle de ses centres trophiques. Tantôt il s'agit d'une *dégénération descendante du faisceau pyramidal* à la suite d'une lésion siégeant dans le cerveau, le mésocéphale, ou la moelle cervicale; tantôt d'une *dégénération ascendante* localisée aux cordons postérieurs.

Cette dernière se produit quand les racines postérieures sont intéressées par l'inflammation des méninges. Elle constitue une variété de pseudo-tabès syphilitique. En effet, anatomiquement, les lésions sont à peu près identiques à celles du tabès vulgaire, et cliniquement, la dégénération des cordons secondaires rappelle l'évolution du tabès. Oppenheim a cité un cas de ce genre particulièrement intéressant.

La *topographie* des lésions médullaires dues à la syphilis est très variable. Les régions de la moelle peuvent être affectées mais il reste un lieu d'élection, c'est la région *dorso-lombaire*. Vient ensuite par ordre de fréquence la région *cervicale*, les autres centres sont pris plus rarement. On peut désigner 5 formes anatomo-pathologiques des myélites syphilitiques par rapport aux sièges des lésions : 1° *Encephalo-myélite diffuse*; 2° *Myélite bulbo-cervicale*; 3° *Myélite cervicale* proprement dite; 4° *Myélite dor-*

sale; 5° *Myélite lombaire*, qu'on peut subdiviser encore en deux variétés : supérieure et inférieure.

Au point de vue des variétés des lésions qu'on trouve dans les myélites syphilitiques il y a lieu de les diviser d'abord en deux groupes, forme *aiguë* et forme *chronique*. Les myélites aiguës peuvent être subdivisées en *diffuses* et *circonscrites*; en outre, elles présentent encore une forme particulière, myélite aiguë ascendante.

Les myélites diffuses aiguës présentent au microscope les lésions de mollissement, les vaisseaux sont fortement dilatés, la substance grise est très congestionnée, grâce à sa richesse vasculaire. En outre, on remarque de nombreux éléments embryonnaires, qui peuvent s'organiser et aboutir à la sclérose, ce qui marque le passage de la myélite à l'état chronique. Les formes aiguës circonscrites sont représentées par des gommès, comme nous l'avons dit; elles sont beaucoup moins fréquentes que les formes diffuses.

Les myélites chroniques peuvent se présenter sous différents états. Le plus commun est la méningo-myélite chronique transverse de la région lombaire. Le processus anatomo-pathologique consiste en un ramollissement de la substance médullaire ou bien une sclérose avec atrophie de la substance propre de la moelle. Parfois les altérations sont peu prononcées et contrastent singulièrement avec la gravité des symptômes, comme on peut le voir dans les observations de M. Savard, que je cite ci-dessous. Dans cette forme, on observe souvent une altération marquée des vaisseaux, avec épaississement considérable de leurs parois.

OBSERVATION XI

Myélite syphilitique à forme tranverse. — Mort par eschare au sacrum. — Autopsie : ramollissement de la moelle à la région lombaire. — Au microscope, peu d'altération, si ce n'est une atrophie pigmentaire des cellules des cornes antérieures.

C., Virginie, âgée de 56 ans, entre le 19 janvier 1881 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Rendu.

Cette femme est sourde et muette depuis l'âge de 7 ans ; cette infirmité lui serait survenue à la suite de convulsions. Elle peut cependant entendre lorsqu'elle crie très-haut et prononce quelques monosyllabes. Mariée à un sourd-muet de naissance, elle a une fille qui n'a pas hérité de l'infirmité de ses parents.

Il y a sept ans, elle a contracté la syphilis pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital St-Louis pendant deux ans, dans le service de M. Hillairet.

Actuellement elle présente encore une éruption caractéristique constituée par de larges plaques de sphilider pustulo-crustacées dessinées en demi-cercle. Ces plaques existent sur les deux bras ; il y en a une autre sur la cuisse droite. Il y aurait au moins deux ans, au dire de sa fille, qu'elle est atteinte de cette éruption.

Il y a 15 jours elle serait tombée sans connaissance, mais cette attaque s'est dissipée très vite et n'a laissé aucune trace. Cinq jours avant son entrée, elle a été atteinte brusquement pendant la nuit d'une paraplégie, qui a été si rapide que le matin la malade ne pouvait se tenir sur les jambes, qui étaient absolument inertes.

20 janvier. On trouve au moment de l'entrée la paraly-

sie absolue dans les membres inférieurs; rien dans les membres supérieurs. Cette paraplégie s'accompagne d'anesthésie et d'analgésie presque complètes. Le ventre est ballonné et sensible à la pression; légère dyspnée due à ce météorisme considérable. Du reste il y a depuis le début une rétention des urines qui sortent par regorgement. Par le cathétérisme, on en retire plus d'un litre. Le rectum est également paralysé, il y a de l'incontinence des matières fécales. Au niveau du sacrum, une large eschare commence déjà à se former.

On prescrit de l'iodure de potassium à haute dose, on applique des pointes de feu le long du rachis et on recouvre les plaques de la peau avec du vigo.

Le 22. Le ventre est toujours douloureux et ballonné, la malade peut remuer légèrement la jambe droite; la jambe gauche est complètement inerte.

Le 24. La malade peut soulever tant soit peu la jambe droite, la sensibilité est un peu revenue dans ce membre, mais la jambe gauche reste complètement paralysée. L'eschare sacrée grandit, la malade se plaint dès qu'on lui imprime le moindre mouvement. L'intelligence reste parfaite. L'état général est mauvais, inappétence, œdème dans les membre paralysés.

Le 31. L'eschare s'est étendue et a creusé profondément; l'œdème a augmenté.

Le 4 février. Etat stationnaire; la malade reste mobile dans le decubitus dorsal, elle est somnolente. Incontinence des urines; inappétence. Amaigrissement rapide depuis quelques jours.

Le 20. L'eschare grandit toujours, les jambes sont encore plus tuméfiées; il survient un peu de lymphangite au mollet gauche.

Le 5 mars. Fièvre. La lymphangite a fait des progrès ; la rougeur prend une teinte blafarde livide.

Le 18. Légère dyspnée, fièvre. Des eschares apparaissent aux talons ; l'œdème a gagné le dos ; la malade tombe dans le collapsus ; par de complications pulmonaires.

Le 22. Cyanose des extrémités ; nouvelles eschares à la partie postérieure des cuisses, la fièvre devient très intense, le pouls faible.

Le 25. Collapsus final ; mort à 5 heures du matin.

Autopsie. — Le cerveau paraît sain ; cependant sur les méninges et au niveau des circonvolutions pariétales, principalement, on constate une teinte légèrement opaline ; lorsqu'on détache les méninges on éprouve une certaine difficulté.

Aucun point de ramollissement à la surface des hémisphères ; les artères paraissent saines. A la coupe des hémisphères on ne trouve aucune lésion.

La bulbe et la protubérance ne présentent aucune altération appréciable.

Moelle. — Extérieurement, les méninges sont saines ; en les détachant de la partie postérieure de la moelle, on constate à la partie inférieure du renflement dorsal une adhérence très nette des membranes. A ce niveau, en comprimant légèrement la moelle, on la trouve plus molle que dans les autres parties. La région lombaire est très ferme. A la section du tissu médullaire, les surfaces de coupe paraissent saines jusqu'à la partie moyenne de la région dorsale. A partir de ce niveau, la moelle est très ramollie, diffluente, la substance grise peu nette et comme atrophiée.

Plus bas, à la région lombaire, la substance médullaire

semble, au contraire, plus ferme qu'à l'état normal ; les cornes antérieures paraissent altérées, moins apparentes que d'habitude.

Les autres organes sont sains ; le foie est un peu graisseux, mais sa surface est lisse, sans cicatrice aucune.

Examen histologique fait par M. Déjerine. — Les altérations que l'on constate sont fort peu marquées.

Nulle part on ne trouve de myélite transverse, ni de dégénérescence ascendante ni descendante. Les zones radiculaires postérieures, examinées dans toute la hauteur, ne présentent aucune espèce d'altération, nulle part il n'existe de foyer de myélite diffuse ou localisée ; la seule altération qui nous paraisse exister dans cette moelle qui a été examinée dans toute sa hauteur au moyen d'un très grand nombre de coupes, c'est l'existence d'une altération des cellules des cornes antérieures. Ces cellules présentent dans toute la hauteur de la colonne grise antérieure l'aspect suivant, elles sont globuleuses pour la plupart et leurs prolongements sont peu distincts. On ne voit pas, comme à l'état normal, l'aire des cornes antérieures sillonnée par des cylindres-axe ; cette altération est plus marquée à la région lombaire que dans les autres régions de la moelle. A un plus fort grossissement on voit qu'un certain nombre de cellules sont en voies d'atrophie. Nous avons là affaire à une forme d'atrophie qui n'est pas l'atrophie simple mais bien l'atrophie pigmentaire de Hockart Clarke.

En effet, dans les cellules les moins altérées, dans celles qui paraissent normales à part la perte de leur prolongement, il est facile de constater l'existence d'une quantité considérable de pigments siégeant dans le protoplasme cellulaire, dans le pôle de la cellule opposé au noyau,

ce dernier et son nucléole sont parfaitement conservés.

On peut suivre les différentes phases du processus jusqu'à l'atrophie complète où la cellule n'est plus représentée que par un amas de granulations pigmentaires avec persistance du noyau et du nucléole. Ces cellules, complètement atrophiées, existent au nombre de plusieurs dans chaque préparation, bien que relativement peu nombreuses comparativement aux autres dans lesquelles le processus est beaucoup moins avancé. Nulle part nous n'avons constaté le processus irritatif, soit du côté des vaisseaux, soit du côté de la névroglie, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche.

En résumé l'altération que nous avons constatée, dans cette moelle épinière, consiste dans une pigmentation très prononcée des cellules des cornes antérieures aboutissant à l'atrophie d'un certain nombre d'entre elles par le mécanisme et l'atrophie pigmentaire.

OBSERVATION XII

{SAVARD}.

Myélite transverse d'origine syphilitique. — Mort par eschare au sacrum. Autopsie. Examen histologique.

H., Pierre, âgé de 43 ans, serrurier, entre à l'hôpital Tenon le 26 avril 1881.

Il y a dix ans, syphilis, chancre, plaques muqueuses, accidents secondaires légers, pour lesquels il a été soigné pendant 2 mois au Midi, par M. Simonet. Depuis, quelques accidents spécifiques de courte durée. Le 17 avril dernier, est survenue une fatigue insolite dans tous les membres. Le 22, dans la matinée, la faiblesse s'accroît tout à coup à tel point que les jambes fléchissent et que le

aucun résultat favorable. Le malade entre alors à l'hôpital.

Outre les détails énoncés précédemment sur sa paraplégie, il nous apprend qu'il n'est pas allé à la selle depuis le 29 avril, qu'il urine constamment et malgré lui.

En le découvrant on constate des plaies au mollet gauche, à la cuisse droite, à la région lombaire, déterminées par les sinapismes qui ont agi comme vésicatoires. Jambe droite œdématiée, la jambe gauche l'est très peu.

Sensibilité de contact léger non conservée sur les membres inférieurs, sur la région hypogastrique et sur les fosses iliaques ; sensibilité plantaire en partie conservée ; réflexes non exagérés.

Les piqures d'épingle ne sont senties nulle part sur le membre inférieur gauche ; plaques d'anesthésie sur la jambe droite. Possibilité de fléchir les jambes ; impossibilité de soulever les talons au-dessus du lit ; incontinence par regorgement ; le cathétérisme permet de retirer deux litres normaux, sans dépôt purulent.

(Iodure de potassium, 4 gr ; frictions mercurielles.)

Le 26 au soir. Douleurs dans le ventre au niveau de la vessie ; point douloureux à la pression sur la colonne vertébrale au niveau de la VI^e vertèbre dorsale. (Scammonée, 1 gr., calomel 050).

Le 27. La purgation n'a amené aucun résultat ; cathétérisme 2 fois par jour.

Le 28. Quelques vomissements bilieux, mouvements dans les cuisses un peu plus forts. Les piqures d'épingles sont senties partout (Scammonée, 1 gr., courants continus et interrompus.)

Le 29. Pas de selles ; huile de croton, 2 gouttes, et lavements au séné ; vomissements.
malade est obligé de rester chez lui. En même temps il

1^{er} mai. Pas de selles le matin. De nouveau huile de croton et courants. L'exploration rectale ne relève aucun obstacle. Dans la soirée, selles liquides très abondantes, diminution du météorisme, cessation des vomissements.

Le 2. Force un peu plus grande dans les jambes.

Le 18. Les urines deviennent ammoniacales, et à la fin du cathétérisme, elles contiennent du sang.

Il s'est formé depuis le 4, une eschare au sacrum; aujourd'hui une autre apparaît au grand trochanter du côté droit.

Le 12. Les fourmillements dans les jambes persistent, mais la sensibilité est complètement revenue dans les parties primitivement anesthésiées; atrophie assez prononcée des membres inférieurs; alternatives d'incontinence et de rétention d'urine, perte de l'appétit.

Le 8. Amaigrissement considérable de tout le corps, plus prononcé sur les membres inférieurs; peau fraîche, jamais de fièvre, malgré une eschare au sacrum large comme une assiette et au niveau de chaque trochanter.

Le 11. Mort lente, par épuisement

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 20 mai, le malade a été soumis au traitement spécifique; iodure de potassium 4 et 5 grammes. Frictions mercurielles.

Autopsie. Pas d'autres altérations des méninges qu'une légère adhérence. La moelle au niveau du renflement lombaire, présente un point de ramollissement très marqué dans une étendue de 1 cent. environ. A la coupe la substance médullaire paraît injectée, rougeâtre, et présente quelques points d'une coloration un peu jaunâtre. Au-dessus et au-dessous de cette partie ramollie, la moelle paraît plus ferme qu'à l'état normal et comme sclérosée.

Examen histologique. — Sur des coupes assez nom-

commence à éprouver des fourmillements et des picotements dans les membres inférieurs ; on lui met des sinapismes aux cuisses, aux mollets, dans le dos, mais sans breuses, pratiquées dans les diverses régions de la moelle on constate les lésions suivantes : au niveau de la région lombaire, la trame conjonctive est épaissie ; on distingue bien plus nettement que d'habitude les tractus fibreux qui partent de la périphérie et pénètrent dans le parenchyme médullaire.

Cette prolifération conjonctive existe à peu près également sur toute la surface de la coupe ; un très grand nombre de tubes nerveux sont altérés, beaucoup sont atrophiés ; cependant c'est surtout dans les cornes antérieures, principalement dans celle du côté droit, qu'on observe ce processus scléreux.

La plupart des grosses cellules motrices de la corne antérieure droite sont atrophées et ont perdu leur prolongement ; sur un point très limité du reste, une partie de la corne antérieure est remplacée par un réticulum conjonctif très prononcé. Sur des coupes pratiquées un peu plus haut on constate que les altérations sont moins marquées ; les cornes antérieures ne paraissent plus atteintes par la sclérose ; celle-ci, au contraire, est plus marquée sur la partie postérieure de la moelle. Quant aux vaisseaux ils paraissent peu altérés, si on les examine suivant leur longueur, quoiqu'ils paraissent étranglés à certains points ; mais ceux-ci, qui se présentent sectionnés perpendiculairement, ont leurs parois épaissies et leur calibre est fort diminué.

Les myélites syphilitiques ont peu de tendance à la localisation, ce sont surtout les lésions disséminées atteignant les différentes parties de la moelle sans aucun ordre. Ce-

pendant on a observé quelques cas exceptionnels, dans lesquels la lésion était strictement limitée à un groupe de fibres, comme dans l'observation de sclérose latérale présentée par M. Minkowsky.

La malade était une jeune ouvrière de 19 ans qui avait eu auparavant de larges plaques muqueuses et de la roséole. Au bout de quelques mois succédèrent à ces lésions secondaires, du tremblement et de l'affaiblissement dans les jambes, qui devinrent peu à peu une paraplégie incomplète. Intégrité totale de la sensibilité. Pas de paralysie vésicale ni anale. Réflexes tendineux exagérés, réflexes cutanés perdus. Tremblement de plus en plus prononcé. Rien du côté des nerfs crâniens. Amélioration par des frictions mercurielles; marche plus assurée et moins tremblante. Mais la malade était tuberculeuse et elle mourut 10 mois après le début de cette myélopathie précoce. Dans la moelle à l'œil nu on ne voyait rien d'anormal. Après durcissement dans le liquide de Müller. Coloration plus claire de la partie postérieure des cordons latéraux. *Examen microscopique* : dans la région dorsale dégénérescence accentuée des faisceaux cérébraux et lésions beaucoup moins marquées des faisceaux pyramidaux; faisceaux conservés en grande partie. Quelques-uns atrophiés; lacunes avec corpuscules graisseux de dégénérescence. Légère prolifération de la névroglie. Athrophie très marquée d'une partie des cellules de la colonne de Clarke. — Dans la région cervicale, mêmes lésions; mais la dégénérescence cessait au-dessus de l'entrecroisement des pyramides. Les cordons de Gall paraissaient intacts. Vers le 7^{me} nerf cervical, petite hémorrhagie entre la corne grise antérieure et la postérieure.

On a observé une forme particulière de myélite

syphilitique dans laquelle le symptôme dominant est *l'atrophie musculaire progressive*. Il semble donc que dans ce cas l'action de la syphilis se soit localisée dans la substance grise de la moelle et particulièrement dans les cornes antérieures. Je rapporte l'observation de Rumpf, dans laquelle on voit que l'atrophie musculaire domine le tableau morbide.

Cas suivant observé par M. Rumpf :

Le malade, âgé de 25 ans, chez lequel il n'existait aucun antécédent nerveux, avait eu, à 19 ans, un chancre infectant et plus tard des syphilides ulcéreuses. C'est vers la 6^e année de la syphilis qu'il éprouva, sans qu'on put évoquer d'autre cause, un affaiblissement du pied gauche qui s'étendit bientôt à toute la jambe. *Cette jambe diminua peu à peu sensiblement de volume*. Trois mois après, faiblesse et *amaigrissement* de la jambe droite. Marche de plus en plus difficile. — Pas de douleurs, pas de fourmillements, pas de troubles de la miction. — Plus tard pied en varus équin. Rien d'ataxique. — Aucun trouble de la sensibilité, de la miction, ni de la défécation. Le territoire du nerf péronier gauche était seul complètement paralysé ; l'excitabilité électrique y était perdue. Elle était très affaiblie dans le péronier droit, les deux cruraux, les sciatiques. Atrophie des deux jambes, surtout à gauche.

Une observation analogue est celle de Dégerine, dans laquelle l'autopsie a permis de vérifier l'existence des lésions présumées d'après le tableau symptomatique. On a trouvé des ulcérations strictement limitées aux trois groupes des cellules motrices des

cornes antérieures, ce qui est en concordance parfaite avec les symptômes observés chez le malade.

Récemment M. Raymond a communiqué à la Société médicale des Hôpitaux (3 février 1893), une observation d'atrophie musculaire progressive, du type (Aran Duchesne), résultant d'une altération des cornes antérieures, due elle-même à des lésions vasculaires d'ordre syphilitique.

L'amyotrophie spinale progressive des syphilitiques vient d'être étudiée dans la thèse de M. Poussard (mai 1893) qui s'est appuyé pour en esquisser la physiologie sur l'observation de son maître, M. Raymond.

OBSERVATION XIII

(DÉJERINE)

Atrophie musculaire et paraplégie syphilitique.

P... Héloïse, 26 ans, chapelière, entre à St Louis le 16 décembre 1875, dans le service de M. Hardy. Jeune fille assez chétive, qui présente des accidents spécifiques, mais ne sait pas à qu'elle époque elle a été infectée. Les accidents pour lesquels elle entre aujourd'hui sont les premières manifestations qu'elle ait remarquées. Depuis deux mois elle s'est aperçue d'un affaiblissement des membres inférieurs, avec douleurs très vives; cet affaiblissement a fait des progrès rapides, et actuellement la malade ne peut se soutenir sur les jambes. On constate en même temps un ecthyma généralisé avec cachexie profonde. M. Hardy diagnostique une syphilis maligne précoce. Les douleurs dans les jambes sont très fortes et s'exaspèrent la nuit; les membres inférieurs sont amai-

gris ; les pieds se trouvent dans l'extension forcée et passive : la flexion et l'adduction sont impossibles. On note l'exagération des réflexes, l'hypéresthésie du mollet et du cou-de-pied, l'anesthésie légère du dos du pied et de la jambe. La contractibilité faradique des membres inférieurs est très diminuée. Les muscles sont très douloureux à la pression. On soumet la malade à l'iodure de potassium. Deux mois après on note que la paraplégie, avec flaccidité, est en voie de décroissance, tandis que l'atrophie musculaire est restée la même.

Le 17 avril. Mort.

Autopsie. Epanchement purulent dans la plèvre gauche, granulations des deux poumons et cavernes au sommet droit ; lésions atrophiques absolument limitées aux trois groupes des cellules motrices des cornes antérieures ; altération pigmentaire, avec diminution du noyau et granulations jaunes dans le protoplasma.

SYMPTOMES

Pour étudier les symptômes des myélites syphilitiques, nous les diviserons en myélites aiguës, à marche rapide, dans lesquelles nous comprendrons la forme ascendante qui les complique souvent, et en myélites chroniques progressant lentement et ayant pour type la myélite transverse. Puis nous décrirons quelques formes rares, dans lesquelles la syphilis donne naissance aux affections présentant les caractères des myélites systématisées; l'action de la diathèse syphilitique semble être, dans ces cas exceptionnels, rigoureusement circonscrite et localisée à certains groupes de fibres et de cellules de la moelle.

On chercherait en vain dans le tableau symptomatique des myélites syphilitiques des caractères bien nets, bien tranchés, à l'aide desquels on pourrait les différencier des affections médullaires communes. Ici, comme dans les autres maladies du système nerveux central, les caractères symptomatiques sont sous la dépendance de la région sur laquelle a porté l'action de l'agent morbide. La cause des lésions importe peu dans ces cas et elle a peu de symptômes particuliers.

† Cependant, dans l'ensemble du tableau morbide et dans quelques particularités de la marche de ces affections, on peut trouver parfois le cachet spécial que la syphilis imprime à toutes les affections qu'elle engendre. C'est cette irrégularité des symptômes, ce

manque de systématisation qu'on constate toujours dans la syphilis.

Aussi les myélites syphilitiques présentent bien plus fréquemment que les myélites communes des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les rechutes sont également plus fréquentes.

Une amélioration survenue par suite d'un traitement méthodique peut parfois mettre sur la voie du diagnostic. Mais ce caractère n'est souvent d'aucune utilité, car, dans la majorité des cas, les myélites syphilitiques restent rebelles à tout traitement spécifique.

Forme aiguë. — Les myélites aiguës se déclarent généralement dans la seconde période de la syphilis et dans le stade de transition. On peut donc les considérer comme les formes précoces des myélites syphilitiques.

Le début est presque toujours brusque, et quoique cette soudaineté d'apparition ait été signalée dans les formes chroniques, elle est beaucoup plus fréquente dans les myélites aiguës. C'est donc un caractère d'une certaine valeur.

Les symptômes qui ouvrent la scène sont très variables : tantôt ce sont des troubles de la sensibilité : douleur à la colonne vertébrale avec raideur des parties douloureuses, fourmillement, picotement, anesthésie. Tantôt les troubles de la motilité prédominent, la marche devient incertaine, les jambes fléchissent sous le poids du corps, la faiblesse des membres devient de plus en plus prononcée et finalement il s'établit une paraplégie parfois plus accentuée d'un côté que de l'autre. Souvent apparaissent immédiatement

des troubles de la miction et de la défécation, auxquels viennent s'ajouter plus tard les phénomènes de la paralysie. Les troubles vésicaux consistent d'abord en rétention d'urine (paralysie de la vessie), puis incontinence par regorgement. Parfois l'incontinence se déclare d'emblée, par paralysie du sphincter vésical. En même temps on observe des troubles de la défécation, consistant tantôt en constipation, tantôt en incontinence des matières fécales. Enfin on a signalé aussi de la faiblesse génitale, allant parfois jusqu'à l'impuissance, comme phénomène initial des myélites syphilitiques.

Les troubles de la motilité se déclarent le plus souvent dans les membres inférieurs seulement, ce qui s'explique par le siège de la lésion, qui, dans la grande majorité des cas, occupe la région dorso-lombaire.

Dans la forme cervicale, bien moins fréquente, ce sont les phénomènes dyspnéiques, la gêne de la déglutition, les troubles gastriques et circulatoires qui apparaissent. Ensuite il se déclare une paralysie des quatre membres, rarement des membres supérieurs seuls. C'est une des formes les plus graves, qui aboutit presque toujours à la mort. Les réflexes sont généralement exagérés, quoique ce signe ne soit pas constant. Ainsi MM. Gilbert et Lion l'ont trouvé 11 fois sur 19 malades; quatre fois le réflexe était diminué ou aboli, quatre fois il était normal.

Avec le processus de paralysie on voit se développer progressivement de l'atrophie musculaire, qui atteint d'emblée tous les muscles paralysés ou seulement certains groupes, comme ceux de l'éminence thénar et hypothénar. Les troubles trophiques sont assez fré-

quents ; outre l'atrophie musculaire, on peut voir des eschares au sacrum, plus rarement au niveau des trochanters et des talons. Ils évoluent très rapidement et prennent la forme du décubitus malin aigu qui amène vite la mort du malade. La mort peut résulter également des progrès de la paralysie, ou bien des complications graves du côté des viscères.

La marche des myélites syphilitiques aiguës est rapide, parfois presque foudroyante. La durée totale peut être de quelques jours seulement ou se prolonger deux ou trois semaines.

Le traitement peut parfois enrayer la maladie, mais souvent on voit survenir des rechutes, auquel cas la maladie entre dans la phase chronique et peut durer plusieurs années. On a signalé des cas de guérison complète, mais ils sont malheureusement assez rares.

OBSERVATION XIV

due à M. ZAMBACO

Syphilis constitutionnelle. — Testicules syphilitiques.
— *Paraplégie à marche aiguë. — Mort. — Autopsie. —*
Absence de lésions.

S..., 28 ans, domestique, a fait dans le service de M. Gosselin un premier séjour, du 17 mai au 20 juin 1856, pour un double sarcocèle syphilitique, qui a cédé à l'administration de l'iodure de potassium.

A sa sortie de l'hôpital, il a repris ses occupations au collège Ste Barbe et s'est très bien porté jusqu'au 24 juillet. Ce jour là, en se couchant, il a senti pour la première fois des fourmillements aux jambes ; le 25, ces fourmillements ont persisté ; à 11 heures du matin, il se trouve

dans l'impossibilité d'uriner. Cette dysurie persiste jusqu'au soir.

Le 26. Il peut encore se lever, mais ses jambes sont plus faibles, et il urine involontairement.

Le 27. Impossibilité de marcher. Dans la soirée, le mouvement est tout à fait aboli dans les jambes.

Le 28. Il entre à Cochin, dans le service de M. Gosselin, où l'on constate dans les membres inférieurs une perte presque complète de la sensibilité et de la mortilité. Emission involontaire des urines. Facultés intellectuelles intactes. Iodure de potassium, à faible dose (0, 60 centigrammes). Les jours suivants, persistance des mêmes symptômes. Selles involontaires.

7 août. Eschares au sacrum, à marche rapide. Le 24. Symptômes d'infection purulente. Frissons, affaiblissement, coma. Mort le 26 août.

A l'Autopsie. Après l'ouverture du canal rachidien, on ne constate aucune tumeur; après l'incision de la dure-mère, on trouve la moelle saine.

OBSERVATION XV

due à M. ZAMBACO.

Syphilis constitutionnelle. — Paraplégie. — Mort. — Autopsie: absence de lésions anatomiques.

R. 58 ans, journalier, entre le 2 juin 1857 dans le service de M. Gosselin. Ce malade fait remonter à quatorze mois le début de la syphilis. Il a eu à cette époque un chancre du fourreau de la verge, qui a mis trois mois à se cicatriser. Eruption cutanée peu de temps après, laquelle a laissé des traces qui persistent encore aujourd'hui.

Depuis le mois de février cette éruption a reparu sous forme de boutons très nombreux. Depuis six semaines, le malade éprouve une grande difficulté pour uriner, à laquelle de l'incontinence a succédé. Jusqu'à cette époque, les membres inférieurs sont restés intacts : c'est seulement le 24 mai 1857 qu'il a ressenti un engourdissement dans les jambes. Le lendemain, pourtant, il a continué son travail, mais le soir il s'est trouvé faible sur ses jambes. Depuis cette époque, le mal a fait des progrès rapides.

3 juin. On constate, outre les cicatrices précédentes, une éruption papuleuse cuivrée. Induration du testicule droit : soubresauts convulsifs à droite.

Sensibilité intacte. Liqueur Van Swieten. Cautères.

1^{er} juillet. Eschares rapides. Frissons. Mort le 6.

A l'autopsie Absence de lésions anatomiques.

OBSERVATION XVI

de KNORRE.

Paraplégie aiguë — Début brusque chez un homme non traité.

X... âgé de 20 ans, eut il y a trois mois un chancre du prépuce, suivi bientôt de boutons dans la tête, avec alopécie, adénite inguinale et cervicale indolente, et éruption de syphilis papuleuse. Il ne fit aucun traitement.

Un matin, il se réveilla, atteint de paraplégie avec abolition de la sensibilité dans les membres inférieurs : paralysie complète de la vessie et du rectum. La syphilis paraissant la seule cause admissible des accidents, on institua un traitement spécifique et on fit appliquer quelques ventouses dans le dos. Tous les accidents s'amendè-

rent, et en quelques semaines la guérison fut complète. Trois ans après, le malade accusa dans la jambe gauche de la faiblesse, qui disparut en peu de temps sous l'influence de l'iodure de potassium.

OBSERVATION XVII

de MAURIAC

Cas de myélosyphiloses guéries.

Un officier de trente-cinq ans ressentit, à la troisième année d'une syphilis légère, de la raideur à la nuque, accompagnée de difficulté dans le mouvement des jambes. Au bout de deux ou trois jours, paraplégie complète, miction paresseuse, constipation. Impossibilité de lever la jambe surtout la droite. Sensibilité moins affaiblie à gauche qu'à droite. Tumeur au niveau de la suture fronto-pariétale et au niveau de la deuxième cervicale. Traitement : Onction mercurielle ; 4 gr. d'iodure de potassium ; électrisation. Au bout d'un mois guérison sans récurrence.

Homme de 35 ans, ayant eu, il y a huit ans, un chancre non traité suivi de pustules d'ecthymo. Douleurs nocturnes dans les jambes, puis paraplégie survenue brusquement avec anesthésie. Paralysie de la vessie et du rectum. Guérison rapide par le traitement mercuriel.

Trois mois après un chancre induré suivi de roséole et de plaques muqueuses, douleurs très vives dans les lombes, chez un jeune homme de vingt-trois ans. En trois jours paralysie de la jambe droite, la jambe gauche restant intacte. Traitement spécifique mixte. Au bout de six jours amélioration ; guérison complète au bout de deux semaines (Caizergues).

Chez un homme de trente-six ans, syphilitique depuis

six ans, tout-à-coup crampes douloureuses dans la jambe droite, puis paraplégie des deux côtés le lendemain. Douleurs en ceinture au niveau de l'épigastre, miction difficile. Impotence. Cinq grains d'iodure par jour, un seizième de grain de strychnine, électrisation de la colonne. Au bout de quarante jours guérison complète. (William Moore).

Dans l'ouvrage de M. Zambaco sur les *Affections syphilitiques du système nerveux*, qui est si riche en observations concernant les myélopathies de toutes sortes, on trouve plusieurs faits de guérison.

Il y en a aussi quelques-uns dans l'excellente thèse de M. le Docteur Lardreit de Lacharrière.

Gallard a guéri un homme de trente-trois ans qui avait eu une syphilis grave douze ans avant de devenir paraplégique. Cette syphilis avait d'abord produit une hémiplégie complète du côté gauche, avec raideur des membres, deux ans après le chancre. — Il n'existait pas de troubles de la vessie ni du rectum. Au bout de deux mois l'iodure et les courants continus firent disparaître complètement la faiblesse des membres inférieurs, qui s'accompagnait de douleurs en ceinture, d'anesthésie, d'hypéresthésie, d'impuissance, etc. (*Un. méd.* 1874).

Voici un autre cas très remarquable par la précocité de la myélosyphilose et la promptitude de la guérison. Le malade, âgé de vingt-sept ans, éprouva en pleine période secondaire, et trois ou quatre mois après un chancre induré du gland suivi d'éruptions spécifiques qui persistaient encore, des troubles paralytiques du côté de la vessie et du rectum et une parésie de la

jambe droite. La jambe gauche était le siège de troubles de la sensibilité qui n'existaient pas dans la jambe droite. Rachialgie au niveau des apophyses lombaires. Traitement ioduré et mercuriel. Au bout d'une semaine le malade fait ses urines seul, et, quelques jours plus tard, la paralysie de la jambe gauche avait disparu. Il s'agissait là sans doute d'accidents médullaires dûs au développement probable d'une tumeur gommeuse des enveloppes.

OBSERVATION XVIII.

de M. BRETEAU.

Myélopathie survenue 14 mois après l'infection primitive. — Douleurs. — Légers troubles vésicaux. — Paralysie des extrémités inférieures avec conservation de la sensibilité excepté à la plante des pieds. — Laborieuse amélioration sous l'influence du traitement.

La nommée Marie M..., âgée de 35 ans, nourrice, est entrée le 11 octobre 1888 salle Rostau... Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. — Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons qu'une rougeole dans l'enfance et une pelvi-péritonite suite de couches. — Elle eut de son mari qui est mort de la poitrine, 3 enfants, tous trois également morts, l'un de méningite, le second de coxalgie et le troisième de cause inconnue de la mère.

Pendant 27 mois la malade a allaité un enfant syphilitique. Au mois de mai 1887 elle eut au sein une ulcération, accompagnée d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle, ulcération qui semble être le point de départ de la syphilis. Depuis elle eut de fréquents maux de gorge.

Il y a trois mois, en juillet 1888, elle a été prise de dou-

leurs dans les jambes, et peu après elle eut de la dysurie avec de l'incontinence d'urine. En même temps elle était atteinte d'une constipation opiniâtre. Le soir elle avait des tremblements dans les membres inférieurs. Elle s'est trouvée presque confinée au lit pendant deux mois. Il y a un mois elle s'est levée, mais elle ne peut marcher sans être soutenue.

Depuis elle a des douleurs assez mobiles qui siègent dans les mollets et dans la région fessière.

Elle se présente le 11 octobre 1888 à notre examen. Nous ne trouvons rien d'anormal du côté du tube digestif. La menstruation est régulière. Les membres inférieurs sont engourdis. La marche est presque impossible, mais il n'y a pas de paralysie proprement dite; les pieds traînent sur le sol.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. — On peut provoquer de la trépidation épileptoïde.

Pas de troubles de la vue et de l'ouïe.

La sensibilité est conservée aux membres inférieurs et au tronc. La sensibilité au froid paraît un peu exagérée dans les deux membres inférieurs.

La plante des pieds est insensible.

La malade se plaint de douleurs au niveau du sacrum.

M. Hanot prescrit de faire tous les 8 jours à la malade des frictions mercurielles, de lui faire prendre chaque jour 4 gr. d'iodure de potassium et de lui appliquer des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Le 3 novembre la malade se sent très améliorée et réclame soigneusement ses frictions mercurielles, ne voulant pas retarder sa guérison qui lui semble prochaine. Les douleurs dans les membres inférieurs sont très atté-

nuées et diminuées de fréquence. La sensibilité plantaire a reparu. Les réflexes rotuliens sont toujours exagérés.

La jambe droite est un peu plus faible que la gauche, de ce côté d'ailleurs le réflexe rotulien est plus exagéré qu'à gauche.

Dans la nuit du 6 novembre la malade se plaint d'avoir souffert. On continue le traitement.

Le 13 on constate que l'on ne peut plus provoquer de trépidation épileptoïde. Les douleurs ont disparu.

Le 18 la malade commence à marcher sans traîner la jambe, mais elle ressent quelques douleurs dans la fesse.

Le 5 décembre on supprime l'iodure de potassium parce que la malade se plaint de douleurs à l'estomac. Elle marche mais en se soutenant.

Le 12 la marche n'a plus fait de progrès, on prescrit à nouveau l'iodure de potassium. On lui fait régulièrement ses frictions tous les huit jours.

Dans la journée du 4 février, la malade a été prise de vomissements et de maux de tête. Toutefois la nuit du 5 a été assez bonne.

Le 7 janvier elle se plaint de céphalées nocturnes qui l'empêchent de dormir, et de douleurs au creux épigastrique. On supprime l'iodure. Malgré cela le 9 janvier les maux d'estomac et la céphalée ont persisté. La marche ne fait plus de progrès, et la malade déclare qu'elle se sent moins bien depuis une quinzaine de jours. Les choses n'ont pas changé le 12 et on administre 2 gr. d'iodure. Le 23 la céphalalgie a redoublé et la malade ne dort plus ; 4 gr. d'iodure. La malade ne peut plus marcher sans aide et se trouve à peu près dans le même état qu'à son entrée.

Elle ressent quelques douleurs fulgurantes dans les jambes.

L'appétit est diminué. Mais il n'y a plus de troubles de la miction.

Dans la matinée du 29 il y a eu de nouveaux vomissements.

Les choses restent en cet état pendant février et mars, la céphalalgie tantôt disparaissant, tantôt au contraire empêchant la malade de prendre toute espèce de repos.

3 Avril. — Depuis une quinzaine de jours la malade n'a plus de céphalalgie. Elle n'a pas d'étourdissements. Elle souffre dans les genoux, les cous-de-pied, les malléoles, les talons. Les douleurs sont plus vives la nuit, mêlées d'élancements.

Aucuns troubles de la vue et de l'ouïe. Trépidation épileptoïde. Réflexes rotuliens exagérés. Marche impossible. Bon appétit. Bon sommeil. Le traitement est toujours le même.

Le 24 avril la malade se plaint de douleurs mal localisées du côté de l'épaule. Teinture d'iode.

Le 3 mai il se produit un peu de salivation mercurielle, on est obligé de suspendre les frictions.

Le 27 mai, la malade se sent plus forte. Elle essaye de se lever, mais sans grand résultat. Les douleurs sont moins marquées dans les jambes. La trépidation épileptoïde persiste.

OBSERVATION XIX

Myéolopathie aiguë avec paraplégie rapide, ayant débuté en pleine période secondaire, 9 mois après le début du chancre syphilitique. — Dès le 15^e jour début de la gangrène sacro-ischiatique. — Cachexie mé-

dullaire très grave et précipitée. — Mort au 41^e jour de la myélopathie. — A l'autopsie, lésions d'une myélite diffuse irrégulière, surtout dorso-lombaire, sans produits syphilomateux.

M. K. G., 26 ans, domestique, entré le 10 octobre 1882, salle 6, lit 19, dans mon service à l'hôpital du Midi, était sanguin, vigoureusement constitué et présentait toutes les apparences d'une bonne santé. Jamais aucune maladie constitutionnelle ou accidentelle avant 1882. Le 1^{er} Janvier de cette année-là, coït suivi trois ou quatre semaines après d'un écoulement blennorrhagique et par la suite de maux de tête, d'angine, de croûtes dans les cheveux, etc. Traitement mercuriel et ioduré pendant 40 jours. Nouvelle poussée 5 mois après le début de la syphilis. Ce malade était alors dans une maison de détention, où il maigrit beaucoup. Aucun traitement spécifique. Sorti de là, il entra dans une maison bourgeoise et grâce à la cuisinière, il put boire chaque jour 6 litres de vin, du café, de l'alcool et manger à l'avenant. Aussi en très peu de temps augmenta-t-il de trente livres (juillet 1882). Bonne santé jusqu'en octobre de la même année.

A cette époque (10^e mois de l'infection) plaques ulcéreuses sur les organes génitaux et éruption spécifique sur diverses parties du corps. Mais chose plus grave, le patient commence à éprouver de l'affaiblissement avec douleurs dans les extrémités inférieures. En même temps, douleurs vers la partie moyenne de la cuisse droite d'abord, puis de la cuisse gauche, et constriction pénible en ceinture à la hauteur de l'ombilic. La débilité musculaire devient bientôt plus considérable à gauche qu'à droite. Il fallait tenir et soulever la jambe de ce côté là pour monter un escalier.

Dans la première semaine d'octobre la marche était encore possible, mais le malade tombait souvent sur ses genoux et il frappait fortement le sol avec le talon. Une fois assis il ne pouvait pas se relever seul.

C'est dans cet état qu'il fut reçu salle 6. Les accidents marchèrent avec une rapidité excessive. Trois jours, en effet, après son admission, la marche devient impossible. Rétention complète d'urine, puis incontinence, garde-robres involontaires et inconscientes. La sensibilité des extrémités inférieures, qui avait été conservée ou du moins peu atteinte jusqu'au moment de la paralysie complète, fut presque complètement abolie. Jamais rien du côté du cerveau ni des autres viscères.

Etat du malade le 19 octobre 1882 (15^e jour environ de la myélopathie ; 9^e mois révolu de la syphilis). Intelligence intacte. Décubitus dorsal forcé. Impossibilité d'imprimer aux membres inférieurs le moindre mouvement d'ensemble. Sensibilité très émoussée à gauche, complètement abolie à droite, où la paralysie était de date plus ancienne. De ce côté-là, le chatouillement de la plante du pied, produisait, quoique inaperçus, des mouvements réflexes légers. A gauche le chatouillement était perçu, mais ne suscitait aucun mouvement réflexe. Insensibilité de toute la moitié droite du ventre jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; dans la jambe correspondante, à gauche, la sensibilité était très affaiblie. Douleur à la pression vers les 2 ou 3 derniers vertèbres dorsales et la première lombaire. Aucune lésion de la colonne vertébrale.

Incontinence complète vésicale et anale. Urine sans sucre ni albumine, quelquefois un peu sanguinolente. Erosions et phlyctènes sur la fesse, avec menace de gan-

grène. Syphilide papuleuse circonée en voie de régression. Rien dans la gorge.

Il existait une coïncidence si frappante entre cette grave myélopathie et la syphilis, qu'il était impossible de ne pas songer à quelque lien étroit de causalité entre les deux. Cependant il y avait, outre la syphilis, deux autres causes qui auraient pu agir sur la moelle épinière : l'alcoolisme et le parti que le malade avait pris de coucher, vers le mois d'août, sur le carreau de sa chambre pour combattre l'habitude qu'il avait prise, dit-il, de pisser au lit. Mais cette incontinence n'était-elle pas le résultat d'un commencement de myélopathie, antérieure au refroidissement. Il ne resterait donc, comme étiologie, que la syphilis, l'alcoolisme et aussi quelques mauvaises conditions hygiéniques quand le malade était incarcéré.

Le processus fut presque foudroyant. En 48 heures, formation d'eschares étendues et profondes.

Le 27 octobre (25^e jour de la myélopathie), il survint de l'anxiété respiratoire. Œdème considérable des bourses. Plaques ecchymotiques aux deux talons, surtout à droite. Amaigrissement.

Pouls ample, régulier, à 108, sans chaleur fébrile.

Etat, le 9 novembre, 37^e jour de la myélopathie. Pouls 120, régulier.

Peau fraîche et pâle. Anxiété respiratoire modérée. Paralysie musculaire complète dans les deux membres inférieurs.

Quelquefois tressaillements musculaires involontaires dans la jambe droite. Douleur au niveau du mollet dans le membre inférieur gauche, surtout quand on le remue.

Différence très-grande dans la sensibilité entre les deux côtés des extrémités paralysées. Ainsi à gauche et dans

la partie corespondante de l'abdomen elle était à peu près intacte, tandis qu'à droite l'insensibilité était complète, depuis une ligne horizontale passant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'au pied.

Les excitations cutanées du membre inférieur ne suscitaient aucun réflexe.

Perte de substance énorme par gangrène ayant dénudé tout le sacrum. Cachexie médullaire aiguë, etc.

Mort le 12 novembre 1882. (10^e mois 1/2 de la contamination, 41^e jour de la myélopathie). Autopsie faite 36 heures après la mort. Aucune lésion dans le cœur, les poumons, le foie, la rate, les reins.

Le cerveau et la moelle ne présentaient à l'œil nu aucune lésion. De plus, fait digne de remarque, ces deux organes avaient une consistance assez ferme. Je confiai l'examen histologique de la moelle à M. le Dr Brault, alors préparateur du professeur Cornil. « Il s'agit, me répondit-il, d'une myélite diffuse, ayant porté principalement sur les cornes antérieures et surtout à la partie inférieure de la région dorsale et de la région lombaire. Elle était à peine marquée à la région cervicale. Le foyer le plus considérable existait à la réunion des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur de la région dorsale. Au-dessus de ce foyer, le cordon de Goll était sclérosé dans toute son étendue jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Au contraire, les faisceaux radiculaires postérieurs étaient intacts.

Au point de vue histologique, cette myélite était caractérisée par des dilatations vasculaires, par la présence de corpuscules granuleux, de cellules graminées en grand nombre, par la prolifération de la névroglie. De plus, les cellules des cornes antérieures étaient moins nombreuses

à la région dorsale, et en partie atrophiées. En somme, il s'agit là d'une myélite diffuse, irrégulière, plus avancée dans certaines parties que dans d'autres, ayant affecté une marche subaiguë, déterminé la paralysie par suite de la prédominance des lésions à la région dorso-lombaire. La lésion du cordon de Goll est une dégénération ascendante secondaire et sans signification importante. On peut considérer que la syphilis est la cause d'une pareille affection. »

Myélite ascendante aiguë ou paralysie ascendante aiguë. — Cette forme est assez rare, on n'en a observé que quelques cas. D'après M. Heubner, elle doit être considérée comme appartenant aux myélosyphiloses précoces ; elle a été constatée le plus souvent dans le courant de la première année de la syphilis.

Son début est brusque et s'effectue toujours par une paraplégie. Ce qui est caractéristique pour cette affection, c'est l'absence complète des phénomènes prodromiques. La paralysie suit rapidement sa marche ascendante, bientôt les membres supérieurs sont pris, puis les muscles de la respiration sont paralysés ; il survient de la dyspnée intense et finalement le processus morbide atteint le bulbe, les centres de la respiration et de la circulation sont paralysés et le malade succombe aux phénomènes asphyxiques. Les eschares (decubitus malin aigu) se développent dans cette forme avec une rapidité excessive. La durée de la myélite ascendante ne comporte généralement que quelques jours.

Dans le service de M. le professeur Sée est entrée, en février 1893, une jeune femme atteinte de paraplégie

syphilitique ; 15 jours après, elle succombait avec tous les symptômes de la maladie de Landry, dyspnée, troubles de la mastication. Nous regrettons de ne pouvoir en publier l'observation et l'autopsie.

On ne connaît que depuis peu de temps les névrites périphériques d'origine syphilitique. Aussi peut-on se demander si quelques cas de prétendue paralysie ascendante aiguë d'origine syphilitique, ne doivent pas être rattachées à l'évolution de névrites multiples.

OBSERVATION XX

De DÉJÉRINE et GOETZ (*Arch. phys.* 1876)

Paralysie ascendante suraiguë.

Il s'agit d'un homme syphilitique, âgé de 45 ans, qui entre avec des douleurs ostéocopes dans les membres.

Le lendemain de son arrivée, fourmillements dans les membres et fièvre.

31 janvier. Paralysie de la vessie, douleurs intenses.

1^{er} février. Paraplégie complète, sans exagération des réflexes ; sensibilité intacte aux membres inférieurs qui sont le siège d'une sensation subjective de froid.

Diminution dans la force des membres supérieurs.

Le 2. Paralysie des extrémités supérieures ; incontinence d'urine.

Le 3. Angoisse ; Cyanose ; 30° Réaumur, 105 pulsations.

Mort, le soir.

Autopsie. — Moelle épinière intacte à l'œil nu comme à l'œil aidé du microscope. Le bulbe n'est pas examiné ; une racine antérieure des nerfs cervicaux a semblé atrophiée. On n'a noté pendant ce drame rapide, ni trouble trophique, ni trouble sensitif.

Ce qui est remarquable dans cette observation de M.

Déjérine, c'est l'absence de toute lésion de la moelle. Il y a donc lieu de se demander si, réellement, elle est en cause dans ce cas. Voici comment M. le Dr Marie s'exprime à ce sujet : (*Sem. Médic.*)

« Parmi les formes aiguës il convient encore de citer les cas où la syphilis médullaire aurait évolué sous l'aspect de *paralysie ascendante aiguë de Landry*. (Déjérine et Goetz, Berger, Heubner, Bernhards, Leyden, Westphal, Chevalet etc.) C'est d'ailleurs d'une façon arbitraire que ces cas sont rangés ici dans la syphilis médullaire, car on ignore en réalité de quelles lésions il s'agit. Si on rapproche des idées qui ont cours sur l'origine périphérique de la paralysie de Landry ce fait que, dans la syphilis, les névrites périphériques peuvent être très prononcées, on est conduit à se demander quel est au juste le rôle de la moelle dans la forme en question. »

OBSERVATION XXI

De M. SAVARD.

Syphilis datant de six ans. — Traces manifestes d'éruptions spécifiques. — Myélite ascendante aiguë. — Mort. — Autopsie. — Gomme de la moelle. — Artérite diffuse dans toute la hauteur de l'axe nerveux.

La nommée Fat..., âgée de cinquante ans, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Rendu, le 18 juillet 1881. — Cette femme s'est toujours bien portée jusqu'à ces cinq dernières années. Il y a cinq ans elle a été prise de douleurs de tête et de sensation de pesanteur douloureuse dans les jambes ; peu de temps après elle avait sur la jambe droite une éruption qui a laissé des traces profondes et caractéristiques ; cette éruption, qui a été assez discrète, mais très-marquée sur la jambe droite, paraît

avoir été constituée par une syphilide pustulo-crustacée. Depuis cette époque, pas d'accidents.

Il y a quinze jours à peine que cette femme se sent malade. Elle a éprouvé de violentes douleurs dans les reins et surtout dans la tête ; en même temps la marche est demeurée très pénible à cause de la faiblesse de ses jambes.

Lorsqu'elle se présente à la consultation, amenée par son mari, elle peut à peine marcher et n'exécute les mouvements qu'avec une grande lenteur. Quand on l'examine dans son lit, on constate que cette faiblesse des jambes est très marquée ; dans les bras, elle est beaucoup moins prononcée.

Pas d'incontinence ni de rétention d'urine : légère constipation ; pas de fièvre ; réflexes tendineux diminués, pas d'anesthésie, plutôt de l'hypéresthésie. Céphalée très-vive, douleur en ceinture.

Traitement. — Frictions mercurielles : 5 gr. d'iodure de potassium.

Le 24. Même état ; la faiblesse paraît plus marquée dans les bras que les jours précédents. Maux de tête plus violents.

Le 24. Les jambes sont devenues encore plus faibles ; la malade ne peut plus se tenir debout, la paralysie dans les membres supérieurs a augmenté. Pas d'anesthésie. Pas de troubles du côté de la vessie ni du rectum.

Le 26. Aggravation des symptômes ; la paralysie remonte graduellement malgré le traitement ; la malade commence à être très gênée pour respirer, bien qu'on ne trouve presque rien dans les poumons.

Le 27. La myélite a gagné le bulbe, la malade étouffe, les moindres mouvements qu'on lui imprime augmente

l'anxiété respiratoire. Cyanose des lèvres et des extrémités, langue sèche. Dans le courant de la journée, l'asphyxie fait de rapides progrès, et la mort survient vers trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture du canal rachidien, aucune déformation sur les vertèbres; pas de compression médullaire.

A l'œil nu, les méninges rachidiennes paraissent congestionnées. Ouvertes par la partie postérieure, ces membranes ne sont pas adhérentes. Mais on constate sur la pie-mère et sur l'arachnoïde un exsudat très-apparent, et inégalement marqué dans les différentes parties des méninges; c'est au niveau des régions dorsale, inférieure et lombaire, que cet exsudat est le plus abondant; il atteint une grande épaisseur et a un aspect très louche à la partie moyenne de la région dorsale. En ce point, on constate une petite tumeur indépendante des méninges, développée sur la moelle même et faisant saillie à gauche. Elle a une consistance molle, le volume d'un gros pois et une forme régulièrement arrondie.

Nous avons évidemment sous les yeux une gomme médullaire. De plus, en examinant la consistance de la moelle dans ses différentes parties, on trouve que cette consistance est très augmentée à la région dorsale et lombaire; la moelle est certainement sclérosée.

A la partie antérieure de l'axe nerveux mêmes altérations des méninges qu'à la partie postérieure; même aspect louche des méninges, mais l'exsudat est moins développé; l'injection vasculaire est un peu plus prononcée qu'à la région postérieure.

A la coupe, la moelle paraît saine, de consistance normale dans la portion supérieure, mais dans la région dor-

sale, le tissu est plus ferme, a un aspect plus blanc que partout ailleurs, la surface de la coupe est comme nacrée.

Cerveau sain, à part un peu de congestion des méninges ; pas d'exsudat ; à la coupe on ne constate aucune tumeur, aucune lésion.

Les autres organes sont sains. Au microscope on constate dans toute la hauteur de la moelle de l'artérite, avec une prolifération nucléaire tout autour des vaisseaux dont les parois sont très épaissies. Atrophie de quelques cellules des cornes antérieures.

Myélites chroniques. — Il est assez difficile d'établir une limite précise entre les myélites aiguës et les myélites chroniques, et de classer un cas donné dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Ce qui caractérise les maladies aiguës en général, c'est la résistance que l'organisme oppose à son envahissement par l'agent morbide. Cette résistance se manifeste par une élévation de température, due à l'hyperémie des régions atteintes et par d'autres troubles généraux : toutes les forces vives de l'économie entrent en lutte contre l'agent étranger. Dans les myélites syphilitiques cet élément manque presque toujours, car il n'y a pas de ces réactions qui caractérisent les autres maladies aiguës.

Aussi, ne nous reste-t-il comme base de délimitation des formes aiguës et chroniques, que la durée de la maladie et la simultanéité d'apparition des différents symptômes dans l'une de ces formes, l'envahissement lent et progressif dans l'autre.

Dans les myélites aiguës tous les symptômes apparaissent presque en même temps et dans l'espace de quelques jours le tableau morbide est complet, tandis

que dans les myélites chroniques on voit certains signes persister isolément des mois et des années, avant l'apparition des autres, qui ne viennent souvent s'ajouter aux premiers que vers la fin de la maladie.

Dans les lésions chroniques l'affection débute toujours dans les cordons blancs de la moelle et n'atteint la substance grise que tardivement; aussi M. le D^r Maurice considère-t-il l'apparition précoce des eschares, dénotant une lésion de la substance grise, comme un des meilleurs signes de l'acuité de la myélite.

La forme typique des myélites chroniques est représentée par la myélite transverse, dans laquelle l'action du virus syphilitique atteint toute l'épaisseur de la moelle. Elle se déclare ordinairement pendant l'époque de transition entre les périodes secondaire et tertiaire ou bien à la période tertiaire.

On a cependant cité des cas de myélite chroniques survenant à l'époque secondaire.

Le début est généralement lent et graduel. Dans quelques cas exceptionnels la myélite chronique se déclarait brusquement.

L'affection débute par des sensations vagues et passagères de fourmillement, d'engourdissement, de chaud et de froid. On constate des douleurs plus accusées, qui disparaissent quelque temps et reviennent ensuite. Plus rarement on a observé des contractions et des crampes de quelques groupes musculaires. Les troubles génito-urinaires sont très précoces et souvent apparaissent avant les légers symptômes prodromiques que nous avons cités plus haut. Les érections sont incomplètes, le coït est de plus en plus difficile et bientôt le malade doit renoncer complètement à tout rapport

sexuel. Ces troubles se déclarent plusieurs mois avant l'apparition des phénomènes paralytiques. En même temps la miction est troublée, il survient de la rétention complète ou incomplète de l'urine, puis de l'incontinence par regorgement. Souvent on a constaté des troubles de la défécation, consistant au début en constipation opiniâtre et aboutissant à l'incontinence des matières fécales. La paralysie d'emblée sans être précédée des autres troubles de la motilité est rare ; dans le plus grand nombre des cas on observe un affaiblissement graduel de la force musculaire des membres inférieurs, ou une certaine raideur des muscles avec difficulté de la marche. Les jambes sont agitées d'une espèce de trémulation, les talons frappent le sol de coups secs. Tous ces phénomènes augmentent d'intensité et finalement il se déclare une paraplégie.

Les troubles de la sensibilité sont très variables ; parfois ils font complètement défaut, dans d'autres cas il y a des anesthésies partielles, ou bien des hyperesthésies simples ou douloureuses, ou encore abolition du sens musculaire.

Les phénomènes douloureux ne sont pas constants, mais on les observe souvent sous forme de rachialgie localisée, surtout dans la région lombaire. Exceptionnellement la douleur débute par un membre, auquel cas elle est associée aux sensations de picotement et de fourmillement.

Les réflexes sont au début presque toujours exagérés, puis ils redeviennent normaux et finalement diminuent et disparaissent dans la majorité des cas.

Les dégénérescences scléreuses secondaires sont très fréquentes et résultent de la destruction des cen-

tres trophiques ou bien de l'isolement de certains groupes des fibres de leurs centres. Il se produit une dégénérescence descendante des cordons antéro-latéraux et ascendante des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux.

Ces lésions peuvent se produire même après la guérison des lésions syphilitiques, par le fait de l'existence d'une cicatrice qui joue le rôle d'un corps étranger et provoque les dégénérescences secondaires.

Les troubles trophiques sont moins fréquents dans les myélites chroniques que dans les myélites aiguës et subaiguës.

En outre les eschares ont rarement ici le caractère envahissant du décubitus malin aigu.

La paralysie est généralement plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Le plus souvent la myélite transverse atteint la région lombaire de la moelle, aussi la paralysie se propage-t-elle rarement aux quatre membres : aux membres supérieurs il n'y a qu'un léger degré de parésie.

Dans la forme, plus rare, de myélite transverse cervicale, les quatre membres sont paralysés : les réflexes sont exagérés aux membres inférieurs, abolis ou diminués aux membres supérieurs. On observe des phénomènes dyspnéiques intenses, résultant de la paralysie des muscles respiratoires. Si l'affection prend une marche ascendante il se déclare des phénomènes bulbaires et la mort survient par asphyxie. Mais ces cas de myélite chronique ascendante sont excessivement rares.

La durée des myélites chroniques transverses est très variable, depuis quelques mois jusqu'à plusieurs

années. Dans le cours de la maladie on peut observer des améliorations passagères puis des rechutes plus ou moins intenses.

Le traitement appliqué méthodiquement est plus efficace ici que dans les formes aiguës des myélosyphilo-ses. Les symptômes diminuent d'intensité et finissent souvent par disparaître. Les rechutes fréquentes surviennent parfois deux ou trois ans après la cessation complète de tous les symptômes. Le plus souvent la guérison est incomplète, il reste un certain degré de faiblesse et de parésie : les malades traînent leurs jambes. Cependant le pronostic est beaucoup plus favorable pour cette forme que pour les myélites aiguës.

La mort peut survenir par les complications de decubitus, ou bien par troubles vésicaux.

Dans la forme ascendante elle est due à l'asphyxie déterminée par les lésions des centres respiratoires et cardiaques du bulbe.

OBSERVATION XXII

(LANCEREAUX)

Syphilis antérieure. — Paraplégie — Paralysie des sphincters. — Iodure de potassium. — Amélioration rapide.

Le nommé Ph., peintre en bâtiments, entre à l'hôpital le 23 août 1858 (service de M. Moissenet). Cet homme n'a jamais ressenti de coliques de plomb ni de rhumatismes.

A 19 ans blénorrhagie qui dura un an.

Il y environ deux ans, quelque temps après un coït suspect, il vit apparaître deux boutons dans l'aîne, avec un écoulement qui disparut et reparut de nouveau. A la même époque : alopecie, croûtes sur la tête, adénites in-

guinales, nombreux boutons sur le corps, qui devinrent squammeux; iritis. L'éruption cutanée et l'iritis disparurent après trois mois de traitement. Il y a environ huit mois, en revenant à pied de St-Maur à Paris, il éprouva dans le pied gauche une légère douleur, avec picotements et fourmillements. Cette sensation gagna l'autre pied; le malade ne fut plus maître alors de ses mouvements. Soubresauts douloureux: marche en zigzags. Ces douleurs qui persistent encore aujourd'hui, étaient plus vives la nuit que le jour. La faiblesse, qui augmente rapidement, le contraint de garder le lit.

A son entrée à l'hôpital, il ne peut même pas soulever les jambes au-dessus du lit, ni les changer de place. Pas d'atrophie. Contractilité électro-musculaire conservée. Sensibilité diminuée; soubresauts fréquents; incontinence, sensation de froid. Les membres inférieurs couverts de taches cuivrées, que l'on rencontre aussi sur le sternum avec quelques cicatrices blanches.

Traitement. — Iodure de potassium à haute dose. Dans le courant d'octobre, le malade peut commencer à marcher un peu; la sensibilité est presque complètement revenue. Cessation de l'iodure dans les premiers jours de novembre; bains sulfureux. Electricité. Cependant la faiblesse revient. Quoi qu'il en soit, le malade quitte l'hôpital le 5 décembre dans l'état suivant: apparence de meilleure santé, taches cuivrées, constipation. Il marche difficilement et traîne les pieds. Il rentre à l'hôpital dans le service de Horteloup, le 8 décembre 1858 (Iodure de potassium).

Aujourd'hui, le 10 février, il marche assez facilement.

OBSERVATION XXIII.

De M. ZAMBACO.

Paraplégie syphilitique

En 1732, Hauttel fut appelé auprès d'un malade qui avait entièrement perdu la puissance virile. Déjà en 1727, divers accidents étaient survenus : boutons qui avaient creusé profondément ; rétention d'urine et des matières fécales ; douleurs vives dans les membres inférieurs, incapables de se mouvoir. Ulcère considérable et pustules de différentes couleurs à la cuisse gauche ; troubles de la vision. Des ulcères se manifestent aux jambes, aux cuisses et aux fesses. — Frictions mercurielles le 6 février 1733.

Dès le 6 mai, amélioration : les forces reviennent ; la vessie peut garder l'urine pendant trois ou quatre heures. Le 15 mars, le malade peut marcher à l'aide d'une canne. Disparition des douleurs. Le 23 mai, guérison complète.

OBSERVATION XXIV.

(ZAMBACO.)

Un homme de 37 ans entre, le 6 octobre 1857, à l'hôpital du Midi. En 1847, il avait eu des chancres ; quelque temps après, de l'orchite, une affection des yeux dont l'un est perdu ; des pustules plates à l'anus. En 1850, au mois de juin, ulcération profonde de la cuisse gauche, de la grandeur d'une pièce 5 fr., taches d'un rouge brun aux jambes ; violents maux de tête. Dans la même année, premiers symptômes de paraplégie. Sensation de froid et d'engourdissement dans les membres inférieurs, marche trainante ; engourdissement des testicules. En 1851, malgré un traitement énergique (cautères, strychnine) la

paralysie fait des progrès rapides. On soupçonne une exostose du rachis (3 gr. d'iodure de potassium par jour). Après un traitement de deux mois, amélioration notable.

OBSERVATION XXV.

(ZAMBACO.)

Un homme de 38 ans entre à l'hôpital, le 25 janvier 1851, pour de petites ulcérations à fond grisâtre sur les jambes. Bientôt il fut pris d'engourdissements dans les pieds et dans les mains, de faiblesse, puis de paralysie complète des quatre membres.

Intelligence intacte : miction et défécation normales ; santé générale parfaite.

Au mois d'avril, apparition d'une exostose tibiale. (Iodure de potassium, 2 gr. par jour). Amélioration rapide et progressive ; dès le 11 juin l'usage des jambes est recouvré, l'exostose beaucoup diminuée.

Le malade quitte l'hôpital le 20 octobre, presque complètement guéri.

OBSERVATION XXVI.

(ZAMBACO.)

X..., 36 ans, paraît d'une bonne constitution. Il eut un chancre induré en 1857, suivi d'adénopathie ; roséole, plaques muqueuses, syphilides pustuleuses. (Protoiodure et iodure de potassium). En 1858 douleurs vertébrales continuelles. Faiblesse des membres inférieurs. Engourdissements et fourmillements, surtout à droite. Marche incertaine ; le pied droit se relève difficilement, quelquefois surviennent des crampes dans les jambes. Tremblements des membres supérieurs ; paralysie vésicale et rectale. La sensibilité s'éteint complètement dans les membres in-

férieurs jusqu'à l'ombilic; la contractibilité musculaire est abolie dans les mêmes régions. Intelligence nette; état général bon (Sangsues sur le trajet de la moelle; frictions mercurielles; iodure de potassium 3 gr, puis 6 gr. par jour). Après quinze jours de ce traitement la sensibilité est en partie revenue. La vessie et le rectum sont toujours paralysés. Amélioration progressive jusqu'au 10 août. Au 30 septembre, le malade marche avec l'aide d'une canne; la paralysie vésicale et rectale a disparu; la sensibilité est revenue dans les deux membres. Santé générale excellente.

OBSERVATION XXVII

M. SAVARD.

Myélite diffuse, chronique syphilitique, à marche ascendante. — Mort. — Autopsie.

Le nommé L..., menuisier, âgé de 36 ans, entre le 21 Juillet 1880 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailier.

Cet homme, d'une constitution moyenne, a contracté la syphilis en 1860; il a été traité par des pilules de protoiodure. En 1869, à la suite d'un coup, dit-il, survint sur la partie antérieure de la jambe droite une ulcération qui s'étendit à presque tout le membre et laissa des cicatrices, visibles encore aujourd'hui et paraissant succéder à des ulcérations spécifiques. Marié en 1873, il eut plusieurs enfants qui moururent au bout de quelques mois avec des boutons sur tout le corps. Son deuxième enfant, une fille âgée de 3 ans, a également des plaques à la vulve et est soignée actuellement dans notre salle de femmes. Depuis la guerre, la malade a toujours aux jambes quelques ulcérations recouvertes de croûtes. Etat général bon.

Etat actuel. — Les jambes sont couvertes de cicatrices et de pustules d'ecthyma spécifiques. Faiblesse légère de la jambe gauche.

Traitement. 1 gr. d'iodure de potassium ; bains sulfureux ; douche sur la jambe gauche.

12 août. — même état de faiblesse de la jambe gauche. Les ulcérations sont complètement guéries. — 4 gr. d'iodure de potassium ; 2 pilules de mercure.

Le 16. — Même état de faiblesse de la jambe gauche. — 6 gr. d'iodure, puis 3 seulement.

Le 17. — On suspend l'iodure.

Le 28. — La conjonctivite est guérie ; même état de la jambe.

Le 30. — Peu de changement. La jambe droite devient faible, et depuis quelques jours le malade sent ses jambes toujours froides.

3 septembre. — Les mouvements dans la jambe droite se sont affaiblis tout-à-coup ; à gauche, ils sont conservés. La jambe droite est raide : La sensibilité est à peu près intacte des deux côtés. La jambe droite est plus froide ; le réflexe tendineux ne paraît pas plus intense qu'à gauche. Le chatouillement plantaire donne des réflexes plus étendus à gauche qu'à droite. Absence de paralysie de la vessie. — Pointes de feu le long de la colonne vertébrale ; frictions mercurielles. Iodure de potassium.

Le 11. — Difficulté pour uriner. Hémiparaplégie très nette ; inertie presque complète de la jambe droite. Les mouvements des orteils sont à peu près abolis, à part ceux du gros orteil. Le malade ne peut plier la jambe. Sensibilité diminuée. Traces de trépidation épileptiforme provoquée par le redressement du gros orteil. Réflexes cutanés conservés ; réflexes tendineux exagérés des deux

côtés. Le genou droit devient plus froid que le reste de la jambe. Commencement de douleur en ceinture. Stomatise. — Chlorate de potasse ; frictions.

Le 13. — Cautères le long de la colonne vertébrale. Urines purulentes ; pas d'eschares.

Le 14. — Résistance à la flexion et à l'extension un peu diminuée. L'anesthésie est passée du côté gauche.

8 octobre. — La jambe paralysée paraît reprendre un peu de force ; la sensibilité a presque complètement reparu ; le malade peut soulever assez bien la jambe, au moins à 28 ou 30 centimètres au-dessus du lit, et fléchir la cuisse sur le tronc. Une heure après, l'inflexe nerveux est épuisé, car le malade ne peut plus ou à peine soulever la jambe.

Le 12. Bain électrique. On en donne deux ou trois au malade sans résultat.

Le 19. — Raideur de la jambe ; contraction légère ; sensibilité presque intacte. On fait lever le malade, qui peut cependant se tenir sur la jambe faible, et remonter tout seul dans son lit. Il ne peut pas, toutefois, lorsqu'il est couché, lever la jambe au-dessus du lit. — Application d'un fort aimant.

Le 21. — On suspend l'usage de l'aimant qu'on appliquait trois heures par jour.

Le 24. — Raideur encore plus marquée.

Le 25. — Application de nouvelles pointes de feu sur la colonne vertébrale.

Le 29. — La raideur augmente. Quelques fourmillements dans les mains. — Bains sulfureux.

14 novembre. — Les pointes de feu de l'iodure de potassium, que le malade prend depuis longtemps, n'ont amené aucun résultat. Les mains sont de plus en plus

faibles, surtout la main droite. Fourmillements, raideur très prononcée des jambes. On est obligé depuis quelque jours de sonder le malade qui urine par regorgement. — Frictions sur la colonne vertébrale avec de l'onguent mercuriel.

Le 18. — Incontinence des matières fécales ; faiblesse de plus en plus marquée de la main droite.

Le 22. — Même état. — L'incontinence d'urine et des matières fécales continue. Diarrhée. Raideur de plus en plus prononcée. On supprime l'iodure.

3 décembre. — Le malade a vomi toute la nuit ; il a par moment des crises avec contractures douloureuses dans les bras, qui sont de plus en plus faibles. Les urines contiennent une grande quantité de pus.

Le 7. — Il ne peut presque plus se servir de ses bras. Les jambes sont raides et ne peuvent être bougées ; de temps en temps elles sont agitées par de grandes secousses douloureuses. Vomissements. Grande difficulté pour la déglutition des solides.

Le 12. — Depuis deux jours, accès d'étouffements ; ballonnement du ventre. Rien dans les poumons. (Potion d'éther, injection de morphine). Crampes de plus en plus fréquentes.

Le 27. — Depuis quelques jours, les mains sont un peu moins raides et un peu plus fortes ; les étouffements moins prononcés. Amaigrissement très marqué des membres inférieurs, qui sont toujours raides.

Les jours qui suivent, les symptômes reparaissent avec leur marche progressivement envahissante. Les troubles paralytiques se font sentir sur les muscles de la respiration. — La myélite suit une marche ascendante ; le ma-

lade devient cyanosé, et vers la fin de janvier il succombe aux phénomènes de paralysie bulbaire.

Autopsie. — Les méninges sont épaissies par place et très adhérentes. A l'œil nu la moelle paraît saine et la consistance normale.

L'examen histologique n'a malheureusement pas été fait.

FORMES RARES

Sclérose latérale. — Nous ne connaissons qu'une seule observation, celle de M. Minkowsky, citée plus haut, qui se rapporte à cette forme dans laquelle l'action de la syphilis s'est localisée sur les cordons antéro-latéraux de la moelle.

Poliomyélite chronique. — Nous ne ferons que signaler l'atrophie musculaire progressive parmi les variétés rares de syphilis médullaire ; les exemples en sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse en esquisser la physionomie. Disons d'ailleurs que dans les cas observés rien ne distinguait, au point de vue clinique, l'atrophie du type classique décrit par Aran et Duchesne de Boulogne.

Sclérose en plaques. — Nous trouvons, dans le travail de MM. Gilbert et Lyon, l'observation d'un cas de syphilis médullaire dans lequel le malade présentait tous les symptômes de la sclérose en plaques : tremblement intentionnel des membres, tremblement des lèvres et de la langue. Nystagmus.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée). SCHUSTER. Deutsche. med. Woch. n° 51. 1885.

Homme 32 ans. — Chancre en juillet 1893, traité par frictions mercurielles et iodure de potassium. Il marche

trainant ses pieds et chancelle. Exagération des réflexes rotuliens, contracture, trépidation. Tremblement des mains, des bras, de la tête, s'exagérant pendant les mouvements volontaires. Nystagmus. — Troubles de la langue. Ulcérations syphilitiques du pharynx. — Ganglions indurés. — Périostose du tibia gauche.

Frictions mercurielles. — Amélioration au bout de trois mois. A la fin de 1885, guérison complète.

Rarement le tableau symptomatique est aussi complet ; nous citerons encore une observation dans laquelle on a constaté du tremblement et des contractures provoqués par les mouvements volontaires des membres. Dans ce cas le diagnostic avec la vraie sclérose en plaques peut être assez difficile. Les lésions sont analogues dans les deux cas. La syphilis produit ici de nombreuses lésions scléreuses disséminées, absolument semblables à celles de la sclérose en plaques.

OBSERVATION XXIX.

FOURNIER. In thèse Baudouin.

Homme, 22 ans. — Chancre. Eruption cutanée. Céphalée. Traitement mercuriel pendant six mois. Vers le 6 mars, après le chancre, accès de fièvre, céphalée, douleurs dans la colonne vertébrale et des lombes. Puis tremblement des membres inférieurs. Traitement ioduré. Dix-huit mois après le chancre, faiblesse très légère des membres inférieurs, épilepsie spinale, exagération des réflexes. Incontinence d'urine. Amélioration par l'iodure de potassium ; réflexes restant exagérés.

Paralyse de Brown-Sequard. — Dans cette forme la paralyse est limitée à un seul côté du corps ;

en même temps le côté paralysé présente des troubles vaso-moteurs avec rougeur et chaleur du membre, ainsi qu'une exagération des réflexes. La sensibilité n'est pas atteinte de ce côté, mais en revanche le côté opposé présente une anesthésie complète. Cette variété de paralysie a été décrite par MM. Charcot et Gombault, en 1878. Depuis, un assez grand nombre d'exemples en ont été rapportés.

Cette paralysie est déterminée par une lésion limitée à une moitié transversale de la moelle : la dissociation des troubles de la motilité et de la sensibilité est due à ce que les fibres sensibles s'entrecroisent un peu après leur entrée dans la moelle, tandis que les fibres motrices gagnent les parties supérieures sans s'entrecroiser.

Forme pseudo-tabétique. — Dans certains cas la syphilis médullaire simule assez bien les symptômes du tabès : marche incertaine, ataxique, avec projection des jambes et talonnement.

Si le malade ferme les yeux, la marche devient impossible, il perd l'équilibre et tombe. Souvent aussi on a constaté des douleurs fulgurantes aux membres inférieurs et perte des réflexes tendineux. Tous ces symptômes démontrent que les cordons postérieurs sont atteints, ce qui a lieu souvent plusieurs mois après les phénomènes paralytiques. Les phénomènes ataxiques se présentent bien rarement seuls, sans être accompagnés des autres troubles nerveux. Presque toujours les symptômes tabétiques sont associés à d'autres symptômes dénotant l'existence d'une myélite diffuse, dans laquelle le processus morbide s'est pro-

pagé aux cordons postérieurs et a donné lieu aux désordres ataxiques.

SYPHILIS MEDULLAIRE

ET HÉRÉDITAIRE

Existe-t-il une myélite syphilitique par hérédité ? Oui, répond le professeur Fournier dans son travail sur la syphilis héréditaire tardive, l'hérédité syphilitique se traduit quelquefois sur la moelle, par des symptômes d'ordre paralytique qui se produisent tantôt sous l'influence des lésions rachidiennes révélées par l'examen extérieur, tantôt sont dues à des lésions profondes qui échappent à l'exploration. Comme exemple de premier genre je citerai, dit le professeur Fournier, le fait d'un jeune enfant hérédo-syphilitique, qui fut pris, vers l'âge de sept ans, *d'une parésie des membres inférieurs*, avec difficulté, puis impossibilité de la marche. Je trouvai la raison de ce symptôme dans une intumescence massive de plusieurs vertèbres de la région dorsale, constituant une sorte de gibbosité. Quant à la nature spécifique de cette lésion osseuse, elle ressortait en toute évidence et des antécédents de famille et des antécédents personnels à l'enfant, et de la coïncidence de plusieurs autres accidents d'ordre manifestement syphilitique (périotose tibiale d'ordre sous-cutanée). Le traitement ioduré produisit une diminution rapide de la tumeur rachidienne, avec amendement parallèle des phénomènes paraplégiques. Par malheur le petit malade dut quitter

Paris prématurément, et la fin de son observation m'a échappé.

Le professeur Laschkewitz (de Charkunse) a relaté un fait analogue, concernant une jeune fille de 13 ans, hérédo-syphilitique, chez laquelle une hyperostose de la 2^me vertèbre cervicale détermina des symptômes de compressions de la moelle, à savoir : *paralysie des 4 membres*, diminution de la sensibilité, diminution de la contractibilité électrique, etc. Soumise au traitement spécifique, la malade guérit en l'espace de deux mois.

Une intéressante observation de Bartels est relative à une femme hérédo-syphilitique qui, après avoir présenté de très nombreux accidents d'ordre incontestablement spécifique, fut affecté *d'une paraplégie des 4 membres*. Guérie par le traitement spécifique, elle fut reprise des mêmes accidents quelque temps après, mais cette fois avec paralysie des sphincters et avec eschares siégeant à la fois au sacrum et aux omoplates. Le même traitement eut encore raison de cette récurrence. D'autres manifestations ayant emporté la malade l'année suivante, on trouva à l'autopsie la raison de ces phénomènes paraplégiques sous forme d'un résidu de tumeur gommeuse placé au-devant des deux vertèbres supérieures, de façon à comprimer la moelle. La moitié gauche de la moelle allongée présentait encore des traces de l'aplatissement transversal qu'elle avait subi.

Bien que peu nombreux encore, les faits qui précèdent n'ont pas moins une signification incontestable. Ils établissent d'une façon authentique que *certaines paraplégies de l'enfance ou même de l'âge adulte*

peuvent reconnaître pour origine une influence hérédo-syphilitique.

Inutile de faire ressortir l'importance et les applications pratiques d'une notion de ce genre.

TABES HERÉDO-SYPHILITIQUE

L'un d'eux est relatif à un malade de nos salles, bien connu de vous, dont je vous ai parlé longuement dans une conférence récente et rappellera immédiatement à vos souvenirs la particularité curieuse d'une fracture spontanée survenue tout à fait au début de la période paracataxique et peut-être même constituant en l'espèce la première manifestation du tabès. Vous savez si nous avons soigneusement recherché sur ce malade la cause de son tabès. Nous n'avons rien trouvé tout d'abord, pas même la syphilis, qui cependant se rencontre si habituellement dans les antécédents des tabétiques. Puis un examen plus minutieux nous a conduit à découvrir plusieurs signes de l'ordre de ceux qui témoignent le plus communément d'une infection spécifique héréditaire, à savoir : 1° une taie cornéenne ; 2° des antécédents d'ophtalmies chroniques, qui auraient affecté le malade pendant toute son enfance ; 3° des malformations dentaires, sous forme de sillons transverses très accentués, d'érosions, de lésions atrophiques affectant le sommet de plusieurs dents. — A coup sûr ces derniers signes, les seuls d'ailleurs qu'il nous ait été possible de relever sur notre malade, ne nous permettent pas d'affirmer chez lui une infection

hérédo-syphilitique, mais ils nous autorisent pour le moins à la soupçonner.

Un second cas, plus complet, que j'ai recueilli en ville, concerne une femme de 30 ans, déjà profondément ataxique à l'époque où je la vis pour la première fois. Chez cette femme le tabès avait débuté — chose rare et digne de remarque en l'espèce — vers l'âge de 20 ans. Or cette malade était indemne de toute contamination syphilitique personnelle ; mais elle fournissait une série de renseignements qui laissaient peu douteuse l'existence d'une infection spécifique héréditaire. Son père, nous disait-elle, était mort « des suites d'une syphilis qu'il avait contractée dans sa vie de garçon ». Sa mère avait fait de très nombreuses fausses couches, que divers médecins avaient rapportées à la maladie de son mari. Elle-même avait été affectée, vers l'âge de trois à quatre ans, d'un « mal d'yeux grave et chronique », qui avait duré 15 à 18 mois, et qui avait laissé un méphélion sur l'une de ses cornées.

Le troisième fait dont je dispose est relatif à un jeune garçon chez lequel, comme chez la malade précédente, le tabès débuta un peu d'une façon singulièrement prématurée. A dix-huit ans il était déjà ataxique, sans parler de prodromes sur lesquels il s'expliquait mal, mais qui semblaient reporter le début du tabès proprement dit au seuil même de l'adolescence. Or, ce jeune homme était indemne de toute contagion syphilitique, et même n'avait jamais eu de rapports sexuels. En recherchant sur lui la cause, le pourquoi de ce tabès, je découvris trois signes peu douteux d'infection héréditaire, à savoir :

1° De nombreuses cicatrices lombo-fessières, du genre de celles que M. Parrot a si bien étudiées et décrites. Mon regretté collègue, à qui je montrai le malade, me déclara que, pour lui, ces cicatrices étaient « absolument typiques et démonstratives ».

2° Plusieurs érosions dentaires, sous forme de sillons ou d'atrophies cuspidiennes. — En outre une canine était absolument amorphe, au point de ressembler moins à une dent qu'à un caillou jaunâtre.

3° Une atrophie scléreuse des deux testicules, qui offraient tout au plus de petites olives, avec une dureté ligneuse. En l'absence de tout antécédent, de tout commémoratif capable d'expliquer une telle dégénérescence, il était au moins rationnel d'en chercher l'origine dans ces orchites infantiles de la syphilis héréditaire qu'a signalées un médecin distingué, le Dr Hutinel, et qui sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

OBSERVATION XXX

Petite fille âgée de 7 ans. Brésilienne. — Née avant terme, dans un état de faiblesse extrême et avec les traces les plus évidentes de *syphilis héréditaire* (taches cuivrées, peau ridée, aspect sénile, cataracte zonulaire, etc.) Convulsions dans l'enfance. — Développement physique et intellectuel très lent. L'enfant n'a commencé à balbutier ses premiers mots qu'à l'âge de 2 ans, et à marcher qu'un peu plus tard encore, vers l'âge de 6 ans.

Actuellement, elle est maigre, anémique, chétive. — On retrouve sur elle divers signes d'hérédo-syphilis, à savoir : sur les fesses et les cuisses, cicatrices nacrées, entourées d'une aréole pigmentée ; — crâne matiforme ;

— déformation thoracique ; — tuméfaction des épiphyses osseuses ; malformations dentaires, érosions multiples, atrophie des molaires, érosions « en gâteau de miel » sur les incisives supérieures, etc.) Hypertrophies ganglionnaires.

Début de l'affection nerveuse vers l'âge de 6 ans, par modification du caractère, irritabilité, accès de colère sans cause ; puis strabisme ; — nystagmus ; — faiblesse des membres, avec défaut de coordination des mouvements ; — tremblement, dès que les membres entrent en action.

Etat actuel : Troubles moteurs très accentués. Faiblesse des *membres inférieurs*. Marche chancelante, hésitante, incoordonnée. — *Faiblesse des membres supérieurs*. L'enfant ne peut tenir un objet d'une seule main, si peu lourd qu'il soit sans s'aider de l'autre. — *Tremblement* apparaissant à l'occasion de tous les mouvements, mais disparaissant aussitôt que les membres reviennent au repos.

Strabisme double convergent. — *Nystagmus*. Les globes oculaires exécutent presque sans interruption des mouvements de rotation autour de leur axe ou d'oscillation horizontale. — Acuité visuelle affaiblie.

Expression *d'imbécilité*. Regard égaré, rires sans motifs. — Facultés intellectuelles non développées. Mémoire très débile. — Caractère bizarre. — Accès d'exaltation, de colère et de violence, pendant lesquels l'enfant déchire ses vêtements, mord, se jette sur les personnes qui l'entourent. — *Parole* saccadée, embarrassée, monotone. — Tremblement de la langue, dès que la malade essaie de parler.

Du reste, sensibilité intacte, réflexes normaux, et intégrité des autres fonctions, à cela près de quelques troubles digestifs.

Traitement prescrit ; iodure de potassium, à dose quotidienne de 3 grammes, frictions mercurielles, liqueur de Von Svrieten, iodure de fer. Ce traitement est continué pendant 6 mois.

L'influence de cette médication se traduit d'une façon presque immédiate par un amendement notable de quelques symptômes, notamment des crises de colère, du tremblement et des troubles de la marche. — Plus tard l'amélioration devient générale et très accentuée : « marche plus facile, moins chancelante ; l'enfant peut se conduire seule ; — nystagmus très atténué, ne se produisant plus qu'à de rares intervalles et d'une façon presque imperceptible ; — tremblement de la langue très diminué ; strabisme un peu moins accentué ; — et surtout modification profonde du caractère, au point que l'enfant est devenue d'un caractère assez doux ; — Mais intelligence restant obtuse ; — enfin, nutrition améliorée ; appétit, pâleur moindre ; forces accrues, etc. »

« En un mot, conclut l'auteur, la plupart des phénomènes caractéristiques de la sclérose en plaques se trouvaient, on ne peut le nier, bien modifiés chez notre petite malade au bout de six mois d'un traitement iodohydrargyrique »

DIAGNOSTIC

Les symptômes des myélites syphilitiques sont souvent complètement identiques à ceux des myélites dues aux autres causes. Le diagnostic dans ces cas est très difficile, et il est de la plus grande importance de rechercher dans les antécédents du malade l'existence de la diathèse syphilitique. La syphilis n'est pas toujours avouée par le malade, ou bien son existence a été complètement ignorée par lui. Dans ces cas, il faut explorer minutieusement toute la surface du corps et rechercher les cicatrices caractéristiques produites par le chancre ou les syphilides ulcéreuses ; l'engorgement des ganglions, l'alopecie peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic.

Comme la syphilis atteint souvent le cerveau avant de porter son action sur la moelle, il faut s'informer si le malade n'a pas eu des crises épileptiformes, des attaques d'apoplexie, des paralysies, ou tout autre symptôme de la syphilis cérébrale.

Enfin dans le tableau symptomatique que présente le malade, nous pouvons trouver des éléments de diagnostic. Ainsi les améliorations suivies de rechutes, et se reproduisant assez fréquemment, les variations de l'intensité des symptômes donnent une forte présomption en faveur de l'origine syphilitique de l'affection. La précocité des troubles génito-urinaires a été cons-

tatée plus souvent dans les myélites syphilitiques que dans les autres myélopathies.

Quant à la valeur diagnostique de l'influence du traitement sur la marche de la maladie, il faut avouer qu'elle est assez problématique, car, bien souvent, les myélites syphilitiques résistent à tout traitement spécifique, et, d'autre part, on a constaté des améliorations notables dues au traitement mercuriel et iodique dans les cas incontestablement non syphilitiques. La diathèse arthritique, sous forme de goutte et de rhumatisme, détermine parfois des lésions médullaires qu'il est difficile de différencier d'avec les myélites spécifiques. Dans la myélopathie d'origine rhumatismale, il y a souvent une hyperesthésie intense des membres inférieurs accompagnée parfois de contractures. De plus, on trouve d'autres manifestations du rhumatisme, surtout aux articulations. Les paralysies hystériques pourraient être confondues avec les paralysies syphilitiques, mais un examen minutieux du malade, ainsi que de ses antécédents, nous mettra rapidement sur la voie du diagnostic.

Dans certains cas, une neurasthénie grave avec fourmillements, douleurs lombaires, dérobement des jambes, pourrait être prise pour une myélite syphilitique.

La myélite transverse vulgaire peut être distinguée dans certains cas de la myélite transverse syphilitique. Ainsi Erb fait remarquer que dans la première la paraplégie est plus prononcée, plus durable, que les troubles de la sensibilité sont plus intenses ainsi que les contractures.

Il faudra désormais compter avec la névrite péri-

phérique quand il s'agira d'établir le diagnostic de la myélite syphilitique. Les exemples de névrite syphilitique multiple sont encore assez rares; citons les cas publiés par Bluzzard, Erhmann et Miles (1886), Taylor (1890), Sorrentono (*Riforma medica*, n° 93, p. 207, (1892.)

Lorsqu'il s'agit d'une névrite localisée à un nerf, l'erreur n'est pas possible, il n'en est pas de même si la névrite se généralise. Comme éléments du diagnostic, il faut citer l'évolution rapide des accidents, l'abolition des réflexes, l'existence de phénomènes douloureux intenses, l'absence habituelle des troubles du côté des sphincters, enfin la guérison après une période de troubles en apparence menaçants.

PRONOSTIC

Le pronostic des affections syphilitiques de la moelle est certainement très grave. En effet, les cas de guérison complète sont assez rares. On possède très peu de statistiques à ce sujet et encore ne sont-elles pas à l'abri de critiques, car les malades considérés comme guéris n'ont pas été suivis suffisamment longtemps après leur sortie pour que l'on puisse affirmer leur guérison définitive. D'ailleurs les récidives sont très fréquentes et peuvent survenir deux, trois ou même quatre ans après la disparition complète de tous symptômes.

D'après la statistique donnée par MM. Gilbert et Lion, et qui porte sur 52 cas, il n'y a eu que 14 guérisons considérées comme complètes ; dans 12 cas, l'état des malades a été considérablement amélioré, 10 fois l'affection a passé à l'état chronique et enfin 16 cas se sont terminés par la mort. En admettant que la moitié des malades améliorés sont guéris, nous obtenons la proportion de 20 guérisons sur 52 cas, ce qui fait à peu près 35 0/0. Et encore, sur ce chiffre, nous faisons des réserves motivées par la fréquence des récidives.

Dans la grande majorité des cas, la guérison est incomplète, il reste des infirmités qui sont dûes aux lésions définitives de la moelle. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que le pronostic des myélites syphilitiques aiguës est bien plus sombre que celui des

formes chroniques. Mais l'accord n'existe plus en ce qui touche la question de la gravité relative des myélites précoces et des myélites tardives. D'après M. Broadbent, les myélosyphiloses précoces sont moins graves que les tardives. M. Mauriac affirme au contraire que c'est dans les cas survenus dans la période secondaire de la syphilis, par conséquent dans les cas de myélites précoces, qu'on observe le plus de terminaisons mortelles. Il nous semble qu'il doit en être ainsi, vu que les formes aiguës, incontestablement les plus graves, se rencontrent bien plus fréquemment dans les myélites précoces que dans celles qui se déclarent tardivement. L'intensité plus ou moins grande des symptômes du début ne présente aucune valeur au point de vue du pronostic, car elle n'est nullement en rapport direct avec la gravité de l'affection : « Souvent des cas graves ne sont traduits que par une légère parésie et peu de phénomènes en apparence légers, tandis que d'autres, qui sont guéris complètement, ont déterminé dès le début une paraplégie complète » (Javard).

Enfin le pronostic varie suivant que l'on prend l'affection tout au début ou bien à une époque plus ou moins éloignée. Dans le premier cas, le mal peut encore recéder sous l'influence du traitement spécifique, tandis que dans les cas déjà avancés, il s'est produit des lésions indélébiles sur lesquelles le traitement antisypilitique ne peut plus avoir aucune action.

Peut-être faut-il comprendre de cette manière l'excellent résultat que nous a donné le traitement anti-sypilitique, dans le cas suivant, que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée.

OBSERVATION XXXI.

(INÉDITE)

Recueillie, communiquée par M. VERMOREL,
interne des hôpitaux.

Un homme de 27 ans, marinier, entre le 16 mai 1893 à l'Hôtel-Dieu. — Antécédents héréditaires nuls. — Comme antécédents personnels, à 11 ans, rhumatisme à la suite de quoi il a eu une lésion du cœur. Deuxième attaque à 21 ans. A 19 ans, un médecin militaire constata chez lui de la roséole et des plaques muqueuses; il n'a pas vu le chancre. N'a pas eu d'alopecie, pas de maux de tête, pas de maux de gorge, jusqu'au 9 mai santé parfaite. Ce jour-là il sent la faiblesse dans les jambes, il essaye de courir et il ne réussit pas; le soir il est courbaturé, le lendemain les symptômes s'accusent, le malade tombe quand il veut monter un escalier; en 5 jours la paraplégie est complète et l'oblige à garder le lit. Les bras perdent leurs forces. Huit jours après les débuts de l'accident le sujet rentre à l'hôpital.

Par l'interrogatoire qu'à aucun moment il n'a eu de douleurs. Aucun symptôme d'hystérie, hétéilisme assez marqué, il s'enivre une fois par semaine. Le malade est étendu sur le lit, il lui est impossible de soulever les jambes, il n'arrive à produire que deux petits mouvements dans les orteils, il ne peut ni fléchir la jambe ni la redresser après qu'elle a été pliée au dynamomètre, il marque du bras droit 5 kilogs, du gauche 2 kil. Assis sur le lit il ne peut se maintenir en équilibre, la sensibilité est intacte, pas d'atrophie, réflexes rotulins abolis, inégalité pupillaire, léger embarras de la parole par moment. Le

sujet est content de lui-même, il rit pour un rien. On ordonne 8 grammes d'onguent napolitain pour friction, et 6 gr. d'iodure de potassium pour frictions.

23 mai. — Il existe une gêne respiratoire assez marquée, la déglutition est difficile, le malade ne peut plus pisser ; on doit le sonder et on retire une urine ammoniacale. Rétention des matières fécales, les lavements sont nécessaires, la salivation est très abondante. On pourrait penser à la myélite ascendante.

6 juin. — L'état s'est sensiblement amélioré, la miction se fait bien, la dyspnée a disparue. Il commence à remuer les orteils. En présence de phénomènes stomatites on doit supprimer le mercure, mais l'iodure de potassium est supprimée.

28 juin. — L'amélioration continue, le malade marque du bras gauche 21 kil., 25 du bras droit ; il arrive à élever très légèrement les jambes au-dessus du plan du lit. Les réflexes rotuliens réapparaissent, les masses musculaires ne paraissent pas atrophiées mais un peu molles.

10 juillet. — Le sujet peut commencer à marcher avec des béquilles, les phénomènes paralytiques tendent à paraître de plus en plus sous l'influence de l'iodure de potassium et de l'électricité.

TRAITEMENT

Malgré l'insuccès du traitement spécifique dans nombre de cas de myélites syphilitiques, on ne doit pas hésiter à l'instituer le plus tôt possible, car, non seulement il peut réussir dans les affections d'origine syphilitique, mais encore on a constaté des améliorations notables dues à ce traitement dans les myélites non syphilitiques.

Autant que possible, il doit être appliqué dès le début de la maladie, avant que l'agent morbide n'ait eu le temps de produire des lésions définitives qui ne pourront être améliorées par aucun agent thérapeutique. Il doit être énergique; les médicaments doivent être donnés à haute dose, car, à cette condition seulement on peut espérer d'enrayer la marche du processus morbide. On doit prescrire les deux spécifiques en même temps et ne pas tenir compte de ce précepte qui dit que le mercure est surtout efficace dans la période secondaire, et l'iodure de potassium dans la période tertiaire. D'ailleurs, les myélites syphilitiques se déclarent souvent pendant la période de transition justiciable du traitement mixte; d'autre part, il est souvent difficile de préciser le stade dans lequel on se trouve. En conséquence, on devra donner à la fois le mercure sous une forme quelconque et l'iodure de potassium. Quant aux doses de ces médicaments, nous

ne pouvons que les indiquer sommairement, car il est impossible de préciser étant donné qu'elles varient suivant chaque cas particulier.

Le plus ordinairement le mercure est administré sous la forme d'onguent, car il est de toute nécessité de faire absorber une quantité considérable du principe actif; les frictions sont faites sur les bras, les cuisses, les côtés du thorax; on frictionne chaque jour. Certains thérapeutes préfèrent l'emploi des injections sous-cutanées solubles ou insolubles.

La bouche devra être surveillée avec soin; les dents brossées chaque matin avec la poudre de quinquina et charbon.

La dose de l'onguent mercuriel employé en frictions est de 2 à 6, même 8 grammes par jour; il est bon après quatre jours de traitement de l'interrompre pour un jour, pendant lequel on fait prendre au malade un bain tiède. A l'intérieur, on peut donner de un à trois centigrammes de sublimé, ou bien la même quantité de biiodure de mercure, en débutant toujours par des doses faibles et en les augmentant progressivement.

A l'apparition des signes d'intoxication mercurielle il faut interrompre le traitement pour quelque temps, si toutefois la marche de la maladie le permet. Si les symptômes médullaires deviennent alarmants on doit continuer le traitement en diminuant les doses.

Il faut commencer l'administration de l'iodure de potassium par les doses faibles, de un à deux gr. par jour, puis on peut augmenter jusqu'à 6 et 8 gr.

Le traitement doit être continué longtemps pour parer à l'éventualité des récidives. MM. Gilbert et

Lion citent des cas dans lesquels l'amélioration n'est survenue qu'après plusieurs mois de traitement.

Enfin le traitement local par les révulsifs et les pointes de feu appliquées des deux côtés de la colonne vertébrale ont souvent donné de bons résultats.

Nous croyons inutile d'insister sur l'importance des bonnes conditions hygiéniques et du traitement approprié des maladies intercurrentes.

CONCLUSIONS

1° La myélite syphilitique peut revêtir de nombreuses formes cliniques et anatomo-pathologiques.

2° Les formes aiguës se terminent quelquefois par un processus particulier, la myélite ascendante aiguë ou maladie de Landry, complication à peu près toujours mortelle à brève échéance.

3° Dans la syphilis médullaire le traitement spécifique peut amener de bons résultats, s'il est institué rapidement et énergiquement.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

Vu :

Le Président de thèse,

STRAUS.

BIBLIOGRAPHIE

- LAGNEAU. — Maladie syphilitique du système nerveux. (Paris, 1860).
- GROS et LANCEREAUX. — Des affections nerveuses syphilitiques. (Paris, 1861).
- LARDEIT et LACHARRIÈRE. — Des paralysies syphilitiques. (Thèse de Paris, 1861).
- ZAMBACO. — Affections nerveuses syphilitiques. (Paris, 1862).
- JACKSCH. — Des paralysies syphilitiques. (Prager medizinische Woch. 1867).
- CHEVALET. — Paralysie ascendante d'origine syphilitique guérie par les frictions. (Bull. de therap., 1869).
- RAMSKILL. — Observat. de mal. syphil. du système nerveux. (An. de dermat. et de syph., t. I, 1869).
- BAYER. — Guérison d'une paralysie ascendante par un traitement antisymphilitique (Union médicale, 1869).
- VAN BUREN ET KEYES. — La syphilis du système nerveux. (Med. Journal of New-York, 1870).
- MOXON. — On syph. disease of spin. cord, (Dublin quart. Journal, t. II. 1870).
- READE. — On affect. of the nerv. système from syphilis. (Brit. med. Journal, 1870).
- SCHUTZENBERGER. — Syph. secondaire, hémiplegie, Hy. Guérison. (Ann. dermat., t. III, 1871).
- CROSS. — Maladies syphilitiques du système nerveux. Americ. Journal of syphil. an dermatol. (T. 3, 1872).
- BITHERLIN. — De l'hémiplegie syphilitique. (Thèse de Paris, 1872).

CHARCOT et SOMBAULT. — Syphilis des centres nerveux. (Arch. de physiologie, 1873.)

CHOMELET. — Paralysie syphil. avec atrophie muscul. locale. (Brit. méd. Journal. Février 1873).

HUGHLINGS JACKSON. — Syphil. des centres nerveux. — (Med. Times and Gaz. 1873).

SALLARD. — Affections rares de la moelle épinière d'origine syphilitique. — (Union médicale, 1874.)

JESPERSEN. — Syphilis, cause de maladie progressive, Copenhague 1874.

MAURIAC (Ch.). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux, Paris 1874.

HOMOLLE. — Meningo-myélite subaiguë à la fin de la période secondaire de la syphilis : mort. — Bull. de la Société anatomique de Paris, 1876.

CÉREUVILLE. — Myélite syphilit ; paraplégie ; guérison par Seg et K. J. — Bul. de la Soc. méd. de la Suisse Romande, oct. et nov. 1876.

ALTHAÛS. — Sur les affections syphilibiques du syst. nerveux. — Méd. Times and gar., novembre 1877.

PROUST. — Tremblement du membre droit chez un siphylitique. — Bul. de la Soc. clin. de Paris, 1877.

LE PETIT. — Etude sur la paraplégie syphilitique. — Th. de Paris, 1878.

JACOBSON. — Des lésions syphilitiques des centres nerveux. — Chicago méd., soc. Chicago méd. journal, 1878.

GOWERS. — Syphilis nerveuse. — Britich, méd. jour. T. H, 1878.

BASTARD. — Lésions entamées et médullaires. — Union médicale, oct. 1878.

- CAIZERGUES. — Des myélites syphilitiques. — Thèse de Montpellier, 1878.
- Charles MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques. — Annales de dermat. et de syphil., 1880.
- CHAUVET. — Syphilis, son influence sur les malades du syst. nerveux.
- GRASSET. — Ataxie locomot. progressive. — Union médicale, T. XXX, 1880.
- NAUNYN. — Syphilis des centres nerveux, 60 observations. — Rev. se. médic, T. XIV, 1880.
- VINACHE. — Contribution à l'étude des paraplégies syphilitiques. — Thèse de Paris, 1880.
- SPILLMAN. — Syphilis et Tabes. — Revue de méd. de l'Est, 1880.
- ROBINSON. — Syphilis and locom. citax. — Th. Laucet, vol. I, 1881.
- SANDOUZY. — Du rôle étiologique attribué à la syphilis dans l'ataxie. — Abeille méd., 1881.
- DREYFUS-BRISSAC. — De l'étiologie du tabes dorsalis syphilitique ; abherom. Gaz hebdomad. v. 39, 1881.
- COSSY. — Pseudo-paralysie syphilitique des membres inférieurs. — Progrès méd., 1881.
- DAMASCHINO. — Paralysie syphilitique. — Journal de méd. et de chir. pratique, 1881.
- CAZAL. — Syphilis cérébro-spinale, paralysie mult. — Annales médico-psycholog., t. VI, 1881.
- BUZZARD. — Cas de paralysie rapidement guérie par le traitement antisiphilitique (myélite aiguë). — Revue de So. médic., t. XVII, 1881.
- BERGER. — Rapport de la syphilis avec la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle. — Ann. de dermat. et de syphil. t. II 1881.

- FOURNIER. — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, Paris 1882.
- BRISDOL. — Syphil. and ataxie locom. — Arch. of dermat. 1882.
- BUZZARD. — The association of tabes dorsalis with syphilis. — Arch. of dermatol. Vol. VIII 1882.
- CAYLA. — Etude critique sur le rapport étiologique entre la syphilis et l'ataxie. — Thèse de Bordeaux 1882.
- DESPLATS ET DESNOS. — L'ataxie locomot. syphilitique. — Bull. de therap. 1882.
- GAUCHER. — Syphilis bulbo-médullaire précoce. — Rev. de médec. août 1882.
- GRIEFF. — Syph. of spinal cord. — Arch. of. dermat. n° 3, 1882.
- JARISCH (A.). — Etat de la moelle épinière dans sept ans des syphilis. — An. de dermat. et de syphil. n° 56, 1882.
- PRÉVOT (J.-L.). — Du rôle de la syphilis, comme cause de l'ataxie locomot. progressive. — Genève 1882.
- RINECKER. — Des affections syphilitiques de la moelle. — Berlin Klin. Woch. 10 juillet 1882.
- FUEKWEL. — Paralysie probabl. d'orig. syphilit. affectant la forme ascendante, guérison par K. J. — The Lancet, 14 janvier 1882.
- RENDU. — Ataxie locomotrice syphilitique. — Sem. médic. 1883.
- MELLART. — Pseudo-paralysie syphilitique, guérie par le sirop de Jibert. — Journal de méd. de Paris 1883.
- DÉJERINE. — Les myélites centrales survenant chez les syphilitiques. — Revue de médecine, janvier 1884.
- DÉJERINE. — Myélite aiguë centrale à une épopée rapprochée de l'infection. — Revue de médec. 10 janvier 1884.
- ERB. — Etiologie du tabes dorsalis. — Arc. de dermatol.

TETITAU. — Iodure intus et extra : myélite grave, guérie.
— Arch. méd. belge, août 1884.

RUMPE. — Un cas de syphilis des centres nerveux. —
Sem. méd. 1884.

LANDOUZY ET MALLET. — Du rôle de l'hérédité nerveuse
dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. —
Ann. médic-psycholog. Louviers 1884.

VOIGT. — Syphilis et tabes. — Ann. de dermat. 1885.

REKLIN. — Des relations du tabes dorsal et de la syphilis.
— Revue génér. in Rev. sem. médic. 1885.

REVILLOT. — Paralyse d'origine syphilitique. — Soc.
anatom. 14 mars 1885.

PORTER (W.). — Un cas de paralysie syphilitique. — The
Lancet, 28 juin 1885.

MEPLAIN. — Tabes syphilitique précoce. — Ann. de
dermat. 1885.

LEMONNIER. — Symptômes vésicaux et mettraux inaugur.
la période préataxique des tabes sur un syphilitique. —
Ann. dermatol. 1885.

ALF FOURNIER. — Leçons sur la période préataxique de
tabes d'origine syphilitique. — Paris 1885.

POTAIN. — Un nouveau cas de paralysie hystérique chez
un syphilitique. — Gaz. des hôpitaux, 28 avr. 1887.

SAVARD. — Etude sur les myélites syphilitiques. — Thèse
de Paris 1889.

GARDIÉ. — Non développement hérédosyphilitique des
cordons antéro-latéraux. — Thèse de Paris 1889.

CHARLES MAURIAC. — Myélopathies syphilitiques. — Gazette
hebdomadaire de méd. et de chirurgie, 27 déc. 1889.

GILBERT et LIOU. — De la syphilis médullaire précoce. —
Archives générales de Médec, oct, mars et déc. 1889.

BRETEAU (A). — Des myélites syphilitiques précoces. —
Thèse de Paris 1889.

MAURIAC (Ch.). — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.
— Paris, 1890.

GILBERT. — Sur un cas de syphilis médullaire précoce.
— Sem. médic., 16 juillet 1890.

GAUCHER. — Ataxie locomotrice d'origine spécifique, guérie par le traitement spécifique. — Sem. méd. 1890.

RENAUD. — Myélite syphilitique lombaire aiguë, survenue douze ans après le chancre initial. — Sem. méd. 1890.

LANCEREAUX. — Sur une forme de la syphilis de la moelle épinière (artérite médullaire syphilitique), se traduisant par une attaque brusque de paraplégie, un ou deux ans après l'apparition du chancre. — Sem. méd., 11 avril 1891.

BOULLOCHE. — Contribution à l'étude de paralysie d'origine syphil. — An. de dermatol., 1891.

P. MARIE. — De la syphilis médullaire, principalement au point de vue clinique. — Sem. médic., 25 janvier 1893.

SOTAS. — Sur la nature des lésions médullaires dans la paraplégie syphilitique. — Société de Biologie, 21 mars 1893.

GILBERT et LIÖU. — Sur la pluralité des lésions de la syphilis médullaire. — Soc. de Biologie, 28 avril 1893.

J. DÉJÉRINE. — Sur les lésions de la moelle épinière, dans la paralysie syphilitique. — Soc. de Biol., 28 avril 1893.

RAYMOND. — Soc. Médicale des Hôpitaux, — Février 1893.

POUSSARD. — Th. Paris 1893.

Une partie des ouvrages cités dans la thèse n'a pas été répétée dans la bibliographie.

